



FICHA SOCIAL SEGUIMIENTO DE CASOS

ORGANIZACIÓN: Mujer & Mujer

Oficina/
Lugar de
consulta

Guayaquil

Fecha de registro:	Día		Mes		Año		Código del Caso: Grupo Familiar		Código del Caso: ID Individual	
--------------------	-----	--	-----	--	-----	--	---------------------------------	--	--------------------------------	--

I. DATOS PERSONALES

Nombres:		Apellidos:	
----------	--	------------	--

No. Documento identidad:		Tipo documento:	Cédula		Pasaporte		Otro	
--------------------------	--	-----------------	--------	--	-----------	--	------	--

Fecha de nacimiento	Día		Mes		Año		Nacionalidad	
---------------------	-----	--	-----	--	-----	--	--------------	--

Edad (Años):		Sexo	H		M		Inter sexual		Género	Mas		Fem		Trans		Otro	
--------------	--	------	---	--	---	--	--------------	--	--------	-----	--	-----	--	-------	--	------	--

Orientación sexual:	Hetero sexual		Gay		Lesbiana		Bi sexual		Otro		Estado civil	
---------------------	---------------	--	-----	--	----------	--	-----------	--	------	--	--------------	--

Fecha ingreso al Ecuador	Día		Mes		Año		Persona sola		Viaja con grupo familiar o de afinidad	
--------------------------	-----	--	-----	--	-----	--	--------------	--	--	--

Persona o GF establecida en Ecuador	
-------------------------------------	--

Persona o GF en tránsito	
--------------------------	--

Tiempo de permanencia en el país:	Años		Meses		Semanas		Días	
-----------------------------------	------	--	-------	--	---------	--	------	--

Escolaridad:	Ninguna		Primaria		Secundaria		Educación Técnica		Educación Universitaria		Postgrado	
--------------	---------	--	----------	--	------------	--	-------------------	--	-------------------------	--	-----------	--

Ocupación actual / MdV:	Empleo Formal		Informal		Autoempleo		Desempleo	
-------------------------	---------------	--	----------	--	------------	--	-----------	--

Dirección actual:	
-------------------	--

Teléfono de contacto:		Correo electrónico (si dispone):	
-----------------------	--	----------------------------------	--



II. MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A LA ATENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN (DESCRIBIR EL CASO)

III. ESTRUCTURA FAMILIAR Y OTROS VÍNCULOS AFECTIVOS CON PERSONAS QUE VIVEN CON USTED

No	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	Edad	Género	Sexo	Parentesco	Instrucción	Ocupación	Status migratorio (regular/irregular)	OBSERVACIONES
1		/ /								
2		/ /								
3		/ /								
4		/ /								
5		/ /								
6		/ /								
7		/ /								
8		/ /								

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN

Área	Pregunta	Respuesta	Nivel de riesgo (Alto, Medio, Bajo)	Derivación interna	Acción propuesta
Protección	¿Con qué documentos de identidad cuenta?				
	¿Cuenta con visa? (indique tipo y vencimiento)				
	¿Cuenta con un espacio de vivienda? (indique fecha de salida en caso de estar en albergue)				
	¿Ha vivido alguna situación de violencia, discriminación o está en algún tipo de riesgo de violencia?				
Salud	¿Presenta algún tipo de discapacidad?				
	¿Presenta algún tipo de necesidad en salud? (indique si hay alguna enfermedad)				
	¿Cómo percibe sus relaciones familiares/comunitarias?				
	¿Necesita atención psicológica?				
Medios de vida	¿Tiene trabajo o medios de ingreso?				
	¿Tiene algún conocimiento/habilidad aplicable a un emprendimiento?				
	¿En el Grupo Familiar hay NNA no escolarizados?				

V. REMISIÓN O DERIVACIÓN DEL CASO			
¿Es necesario llenar una ficha de derivación de caso?	SI (Anexar Ficha)		NO
Razones de la derivación:			
Nombre de la Institución a la que se remite el caso:			
Persona de contacto lugar derivación:		Teléfono contacto:	

VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO			
¿La persona beneficiaria ha sido informada de que, si se requiere referir su caso a otra organización con la intención de complementar la asistencia, se deben compartir sus datos personales (nombres, apellidos y datos de contacto, así como un breve resumen de su caso)?	SI fue informada		NO fue informada
En caso de que si haya sido informada, ¿la persona otorga a la organización su consentimiento de manera verbal para compartir sus datos personales?	SI Acepta compartir sus datos	No acepta (ratifica que no desea que sus datos se compartan)	

VII. OBSERVACIONES

VIII. RECOMENDACIONES FINALES/ MOTIVO DE CIERRE DEL CASO

Nombre del profesional:		Firma:	
-------------------------	--	--------	--