



Informe Social y de Redes de Apoyo
Todos los campos son de llenado obligatorio

I. Datos de Identificación del usuario(a):

Apellidos					
Nombre					
Rut		Fecha Nac.		Edad	
Teléfono			Correo electrónico		
Domicilio					
Villa/Pobl.			Comuna		
Estado civil	<input type="radio"/> casado <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> divorciado <input type="radio"/> conviviente civil <input type="radio"/> viudo				
Sistema Salud	<input type="radio"/> FONASA <input type="radio"/> ISAPRE <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> No tiene				
Motivo de solicitud de certificación					

II. Datos de Identificación del representante:

Representante	<input type="radio"/> persona representante <input type="radio"/> entidad a cargo				
Nombre				Rut	
Correo electrónico			Teléfono		
Relación con el interesado					

III. Situación escolar y laboral del usuario(a)

Nivel de escolaridad alcanzado	
<input type="checkbox"/> Sin escolaridad	<input type="checkbox"/> Técnico incompleto
<input type="checkbox"/> Básica incompleta	<input type="checkbox"/> Técnico completo
<input type="checkbox"/> Básica completa	<input type="checkbox"/> Superior incompleto
<input type="checkbox"/> Educación media incompleta	<input type="checkbox"/> Superior completo
<input type="checkbox"/> Educación media completa	
<input type="checkbox"/> Educación Especial	



Actividad o actividades que desempeña actualmente		
<input type="radio"/> Estudia	<input type="radio"/> Trabaja	<input type="radio"/> Situación ocupacional
<input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primer ciclo básico <input type="checkbox"/> Segundo ciclo básico <input type="checkbox"/> Educación media <input type="checkbox"/> Educación regular PIE <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Superior Técnico <input type="checkbox"/> Superior Universitario <input type="checkbox"/> Post grado	<input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> No remunerado Rubro en que se desempeña: Dificultades que presenta en el trabajo	<input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Pensionado: Tipo de pensión:..... <input type="checkbox"/> Jubilado Tipo de jubilación: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Licencia Médica <input type="checkbox"/> Dueña(o) de casa

PIE: Programa de Integración Escolar

IV. Identificación con quienes cohabita usuario(a):

Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	Actividad principal

Describa situación familiar actual (factores de vulnerabilidad, ciclo familiar en que se encuentra, estrés familiar, dinámica familiar, descripción de roles, algún integrante más con discapacidad)



Usuario(a) ¿tiene cuidador?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

V. Descripción del cuidador(a):

Descripción cuidador/a principal					
<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Externo a la familia					
Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	P	S	R

P: principal S: secundario R: respiro

VI. Identificación de redes de apoyo y nivel de participación social:

Red de apoyo principal con la que cuenta el usuario(a)		
Primarias	Relación con interesado	Tipo de apoyo
<input type="radio"/> Familia		
<input type="radio"/> Otros (amigos, vecinos, grupos sociales, etc.)		
Secundarias (clubes, agrupaciones, iglesia):		
Institucionales (municipalidad, servicio salud, institucional educacional, otros)		

Valoración general de la red de apoyo
<input type="radio"/> Red de apoyo adecuada <input type="radio"/> Red de apoyo frágil <input type="radio"/> Sin red de apoyo

Participación en actividades sociales (culturales, deportivas, religiosas, comunales, etc.):	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuales:

VII. Información sobre vivienda y entorno:

Tipo de domicilio del usuario(a)			
<input type="radio"/> Domicilio particular	<input type="radio"/> Domicilio transitorio	<input type="radio"/> Centro de larga estadía/hogar/residencia	<input type="radio"/> Otro:
Sector	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano		



Identificación de barreras ambientales		
Barreras al interior de la vivienda:		Barreras del entorno de la vivienda:
Habitación independiente	Baño dentro de la vivienda	Baño adaptado
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Estado general de vivienda (ubicación de la vivienda, condiciones generales, hacinamiento, otros)
.....

Usuario tiene acceso a transporte:	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tipo de transporte:

¿El interesado tiene algún grado de limitación en el desarrollo de sus actividades cotidianas, según opinión profesional?
<input type="radio"/> Si, limitación total <input type="radio"/> Si, limitación parcial <input type="radio"/> No, ninguna limitación
Comentarios

VIII. Datos de identificación de Asistente o Trabajador Social informante:

Nombre completo			
Rut		Institución	
Correo electrónico			
Teléfono		Fecha informe	

.....

FIRMA Y TIMBRE