**Herramienta 3.2.4: Plantilla Plan Gestión de Casos**

|  |
| --- |
| **Código de manejo de caso (O nombre):** |
| **¿Se ha explicado la confidencialidad?** [ ]  **1** Sí [ ]  **2** No**¿Se ha explicado el Consentimiento informado?** [ ]  **1** Sí [ ]  **2** No**¿Se ha dado el consentimiento?** [ ]  **1** Sí [ ]  **2** No |
| **Información Personal**  |
| **Fecha de contacto inicial** |  | [ ]  **1** Hombre [x]  **2** Mujer [ ]  3 otro |
| **Fecha de Nacimiento** |  | [ ]  **1** PDI [ ]  **2** Retornado [ ]  **3** Comunidad Anfitriona [ ]  **4** Otro |
| **Dirección Actual** |  |  |
| **Fecha de Llegada (si corresponde)** |  |  |
| **Fecha de Regreso (si corresponde)** |  |  |
| **Cantidad de miembros de la familia/dependientes en el hogar de la persona** |  | **Menor No Acompañado** | [ ]  **1** Sí [ ]  **2** No[ ]  **1** Hombre [ ]  **2** Mujer[ ]  3 Otro |
| **Niño/Niña Separado (a)** | [ ]  **1** Sí [ ]  **2** No[ ]  **1** Hombre [ ]  **2** Mujer[ ]  3 Otro |
| **Tipo de Caso**[ ]  **1** Hogar liderado por persona sola, sin apoyo☐ **2** Anciano solo, sin apoyo (60+)☐ **3** Persona con discapacidad física☐ **4** Persona con discapacidad mental☐ **5** Condición médica grave/crónica☐ **6** Alto número de dependientes (4+ dependientes, excluyendo al jefe de familia)☐ **7** Sobreviviente de violencia doméstica☐ **8** Sobreviviente de abuso sexual☐ **10** Sobreviviente de agresión sexual☐ **11** Matrimonio infantil☐ **12** Matrimonio forzado☐ **13** Sobreviviente de tortura, trato inhumano y degradante☐ **14** Víctima de trata de personas☐ **15** Víctima de minas terrestre☐ **16** Nuevo desplazamiento☐ **17** Falta de desplazamiento[ ]  **18** Otro, favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Necesidades inmediatas****(No use nombres personales u otra información identificable aquí)****Tipo de necesidad**[ ]  Vivienda (alojamiento, nuevo desplazamiento)☐ Médica (acceso a atención médica, falta de medicamentos)☐ Educación (acceso a la educación, apoyo de material educativo)☐ Ingresos/Medios de vida☐ Servicios de salud mental☐ Servicio de APS☐ Otro (por ejemplo, acceso a apoyo legal, RCF, denuncia policial), otro, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**¿Necesita usted, o los miembros de su familia, ayuda con algún problema urgente o apremiante en este momento? Por favor especifique abajo:** |
| **Asistencia Proporcionada Anteriormente** |
| **Tipo de Asistencia Requerida** |
| **Remisiones ofrecidas inmediatamente** |

|  |
| --- |
| **Plan de Gestión del Caso** |
| **Tipo de Asistencia/Actividad** | **¿Cuándo? Fecha** | **¿Quién es el responsable?** | **¿Dónde? – especifique lugar** |
| Finalización de remisión/admisión |  |  |  |
| Discusión del servicio de remisión y los próximos pasos con la persona en cuestión |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 1) |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 2) |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 3) |  |  |  |
| Presentación de otros formularios necesarios |  |  |  |
| Discusión con los actores pertinentes (proveedores de servicios/organizaciones socias/gestión de campamentos) |  |  |  |
| Seguimiento (después de dos semanas) |  |  |  |
| Seguimiento (después de un mes) |  |  |  |
| Revisión (Voluntario de Protección, Género e Inclusión) |  |  |  |
| Revisión (Personal de protección, género e inclusión) |  |  |  |
| Revisión (Gerente/Coordinador de Protección, Género e Inclusión) |  |  |  |
| **Nivel de Riesgo del Caso** |
| **Alto: Motivo:****Medio: Motivo:****Bajo: Motivo:** |