



ANEXO 5.3.1

| <b>Formato 5.3.1 CARACTERIZACIÓN DEL LA NIÑA O EL NIÑO</b>        |                                       |                                      |                                      |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN GENERAL</b>  |                                       |                                      |                                      |
| <b>Nombres y apellidos de la niña o del niño:</b>                 |                                       |                                      |                                      |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>                                       |                                       |                                      |                                      |
| <b>Edad:</b>  |                                       |                                      |                                      |
| <b>Tipo y Número de documento:</b>                                |                                       |                                      |                                      |
| <b>Pertenencia étnica:</b>  |                                       |                                      |                                      |
| <b>Víctima del conflicto armado:</b>                              |                                       |                                      |                                      |
| <b>Migrante:</b>  |                                       |                                      |                                      |
| <b>Categoría de Discapacidad:</b>                                 |                                       |                                      |                                      |
| Física <input type="checkbox"/>                                   | Auditiva <input type="checkbox"/>     | Visual <input type="checkbox"/>      | Intelectual <input type="checkbox"/> |
| Sordoceguera <input type="checkbox"/>                             | Múltiple <input type="checkbox"/>     | Psicosocial <input type="checkbox"/> |                                      |
| <b>Alteración en Desarrollo:</b>                                  |                                       |                                      |                                      |
| Comportamental <input type="checkbox"/>                           | Comunicación <input type="checkbox"/> | Lenguaje <input type="checkbox"/>    |                                      |
| Social <input type="checkbox"/>                                   | Movimiento <input type="checkbox"/>   | Aprendizaje <input type="checkbox"/> |                                      |
| <b>Modalidad de atención en educación inicial:</b>                |                                       |                                      |                                      |
| <b>Entidad Prestadora de Servicio:</b>                            |                                       |                                      |                                      |
| <b>Sede de atención:</b>  |                                       |                                      |                                      |
| <b>Información sobre atención en salud</b>                        |                                       |                                      |                                      |
| Afiliación al sistema de salud: si _____ no _____ entidad: _____  |                                       |                                      |                                      |
| Régimen: contributivo _____ subsidiado _____ sin afiliación _____ |                                       |                                      |                                      |
| Le atienden en emergencia en: _____                               |                                       |                                      |                                      |
| ¿Recibe proceso terapéutico? Si _____ no _____                    |                                       |                                      |                                      |
| ¿Institución?: _____  |                                       |                                      |                                      |
| Días y horario en el que asiste: _____                            |                                       |                                      |                                      |
| Tiene diagnóstico médico: si _____ no _____ cual: _____           |                                       |                                      |                                      |



|  |         |               |          |          |
|--|---------|---------------|----------|----------|
| Enfermedades que ha presentado/cuidados:   |         |               |          |          |
| ¿Actualmente tiene alguna enfermedad a considerar? Si _____ no _____   |         |               |          |          |
| Cual:  |         |               |          |          |
| ¿Consume medicamentos? Si _____ no _____   |         |               |          |          |
| ¿Cuántas veces al día? _____   |         |               |          |          |
| <b>Información familiar</b>  |         |               |          |          |
| <b>Nombres y apellidos de la madre:</b>  |         |               |          |          |
| <b>Nombres y apellidos del padre:</b>  |         |               |          |          |
| <b>Dirección y Teléfonos:</b>  |         |               |          |          |
| <b>Personas con quien vive el niño o la niña:</b>  |         |               |          |          |
| <b>Información general de la familia que considere relevante para el proceso:</b>                                  |         |               |          |          |
| <b>Aspectos claves en la vida de la niña o el niño</b>   |         |               |          |          |
| ¿Dónde nació?:   |         | ¿Cuánto pesó? |          | ¿Cuánto  |
| midió?:  |         |               |          |          |
| ¿Cómo fue el proceso de gestación y el nacimiento?   |         |               |          |          |
| ¿Alguna situación o acontecimiento relevante en el parto?:   |         |               |          |          |
| ¿Cómo fue el período de lactancia materna?   |         |               |          |          |
| Recuerda aspectos del desarrollo como voltearse, gatear, hablar, la primera palabra, caminar, etc:                 |         |               |          |          |
| ¿Qué momentos o situaciones considera han sido los más difíciles en el proceso de desarrollo de la niña o el niño? |         |               |          |          |
| ¿Quiénes apoyan en la crianza de la niña o el niño?:   |         |               |          |          |
| ¿Ha estado en otro escenario de educación inicial y cómo fue este proceso?   |         |               |          |          |
| <b>Alimentación</b>  |         |               |          |          |
| <b>Consume alimentos:</b>  | Sólidos | Semi          | Líquidos | Todos    |
|  | os      | sólidos       |          |          |
| <b>Utiliza los cubiertos:</b>  | Si      | No            | A veces  | ¿Cuáles? |
| <b>Los alimentos preferidos son:</b>   |         |               |          |          |



**Los alimentos que prefiere no comer:**

---

**Alimentos que generan alergia o no tolera:**

---

|  |    |    |         |   |                |
|--|----|----|---------|---|----------------|
| <b>Ha tenido en algún momento sonda (alimentación)</b>       | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Ha presentado atoramiento al comer/se atora al comer:</b> | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Cuando se atora, tose:</b>                                | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Toma tetero:</b>  | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Mastica:</b>  | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Toma líquidos con pitillo:</b>                            | Si | No | A veces | N | Observaciones: |
| <b>Es necesario animarlo para que coma:</b>                  | Si | No | A veces | N | Observaciones: |

**Comunicación-Socialización-Movilidad**

- ¿Quiénes son los adultos que más quiere y reconoce la niña o el niño?
- ¿Tiene algún juguete u objeto favorito?
- ¿Cómo saben que algo le disgusta?
- ¿Cómo lo comunica?
- ¿Quién le entiende lo que dice?
- ¿Cómo saben que la niña o el niño entiende lo que le dicen?
- ¿Qué hace cuando no se puede comunicar con él o ella?
- ¿Qué situaciones le incomodan o le desagradan?
- ¿Qué situaciones, espacios, actividades u otras le producen miedo?
- ¿Saben por qué?:
- ¿Qué situaciones, espacios, actividades, personas u otras le producen, agrado, tranquilidad y calma?
- ¿Se necesitan ajustes para garantizar-favorecer la comunicación?
- ¿Requiere sistema de comunicación aumentativa o alternativo?
- ¿Se necesitan ajustes para la movilidad?
- ¿Cuenta con los productos de apoyo para la movilidad? Cuaáles?

**Actividades de la Vida Diaria**

- ¿Controla esfínteres?
- ¿Manifiesta el deseo de ir al baño?
- Utiliza pañal:
- ¿Cómo es la rutina de sueño en casa?
- ¿Se baja la ropa interior, solo-a o con apoyo?



**Alcaldía de Medellín**  
Distrito de  
**Ciencia, Tecnología e Innovación**

¿Se sube la ropa interior, solo-a o con apoyo?  
¿Se viste y desviste solo-a o con apoyo?  
¿Se limpia la cola solo-a o con apoyo?  
¿Se baña solo-a o con apoyo?  
¿Come solo-a o con apoyo?

### Observaciones-Información complementaria

En esta caracterización se recolectará información clave para la acogida y adaptación, así como el plan de acompañamiento pedagógico.

Firma de familia: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que elabora la caracterización:

\_\_\_\_\_  
Fecha de elaboración de la caracterización: \_\_\_\_\_