

**ANEXO No. 2**

**FORMATO DE INFORMES DE SEGUIMIENTO POST ADOPTIVO PARA LAS AGENCIAS INTERMEDIARIAS DE  
ADOPCIÓN INTERNACIONAL**

Fecha del Informe:

Número del Informe:

No. de Seguimiento Post Adoptivo:

Fecha de realización del seguimiento post adoptivo:

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO/A:**

Nombres anteriores del NIÑO/A:

Nombres actuales del NIÑO/A:

Fecha de nacimiento:

Edad actual:

Entidad de Atención:

Fecha de Egreso:

Fecha de Sentencia:

Juzgado:

Fecha de Inscripción:

Agencia de Intermediación de Adopción Internacional:

**2. INFORMACIÓN DE LOS PADRES:**

Nombres del padre:

Nombres de la madre:

Trabajo de la madre:

Trabajo del padre:

Teléfono trabajo:

Teléfono domicilio:

Pais:

Estado/Provincia:

**3. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO/A (Físico, Psicológico, Social y Salud):**

**4. CONVIVENCIA FAMILIAR:**

**5. ADAPTACIÓN DEL NIÑO/A AL MEDIO FAMILIAR; ESCOLAR Y SOCIAL:**

**6. DINÁMICA FAMILIAR:**

**7. DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL NIÑO/A (ADAPTACIÓN Y VINCULACIÓN):**

**8. ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL NIÑO/A Y SU FAMILIA:**

**9. MANEJO DEL PROCESO DE REVELACIÓN:**

**10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** (Acciones a tomar hasta el próximo seguimiento post adoptivo):

Nombre:

Firma:

MIES - CENTRO  
Venezuela 131 Oe4 y Sucre  
Telf.: 257-2308 / 257-2905 / 257-2327 Fax:  
257-0227 / 295-8139  
Quito - Ecuador

**11. INFORMACIÓN PARA EL SINA (Resumen del Informe):**

<b>FAMILIA.-</b> Integración familiar:		SI	NO
Dificultades relativas a la integración y adaptación		SI	NO
<b>SALUD .-</b> Estado de Salud:	Muy Bueno	Bueno	Regular
	Talla	cm.	Peso Kg.
Vacunas Recibidas:		SI	NO
Enfermedad:		Fecha:	
Tratamiento:			
Superada:		SI	NO
Enfermedad:	Fecha:	Tipo de Tratamiento:	Superada:
 <b>ALIMENTACIÓN .-</b>	De riesgo	Moderada	Buena
<b>ESCOLARIDAD .-</b>	Pre escolar	Escolar	Secundaria
	Adaptación al medio escolar:	SI	NO
	Dificultades relativas a la integración y adaptación:	SI	NO
 <b>DESARROLLO EVOLUTIVO.-</b>			
Físico:	Acorde a su edad	Avanzado	Menor
Psicológico:	Temor	Ansiedad	Crisis
	Seguridad	Estabilidad	
Lenguaje:	Acorde a su edad	Avanzado	Dificultad
Lenguaje:	Trastornos del Sueño	Insomnio	Normal
Control de Esfínteres:		SI	NO

**RECREACIÓN.-**

Actividades	Al aire libre	Juegos Intelectuales	Video juegos
Personas con quien comparte:	Padres	Familiares	Amistades
Frecuencia:	Diaria	Semanal	Mensual

**CULTURA.-**

La familia se interesa por mantener el idioma de origen?	SI	NO
La familia se interesa por mantener las costumbres de origen?	SI	NO

**RELACIÓN ADOPTIVA.-**

El niño/a ha presentado inquietudes en cuanto a su adopción?	SI	NO
--	----	----

Cuáles?

De qué forma se ha abordado?

Ha buscado apoyo?	SI	NO
-------------------	----	----

Persona que llenó la ficha: **Fecha:** / /

Persona que ingreso la ficha al SINA: **Fecha:** / /