|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Vigencia** | **Código** |
|  | **MIES 3.9-GI-GR-CP1-PR1** |
| ***PROCEDIMIENTO***  ***PARA LA CONTINUIDAD Y REAPERTURA DE LA MODALIDAD DE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DE LA SUBSECRETARÍA DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL***  ***ANEXOS 2 AL 7*** | |

# ANEXOS

* **ANEXO 1:** Protocolo de atención virtual y semipresencial de los servicios de Desarrollo infantil (PDF) enviado.
* **ANEXO 2:** Cálculo referencial de responsabilidades asignadas a Educadoras/es Familiares CNH y tiempo invertido en las FASES 1, 2 Y 3
* **ANEXO 3:** Cálculo referencial de responsabilidades asignadas a Educadoras/es Familiares CCRA y tiempo invertido en las FASES 1, 2 y 3
* **ANEXO 4:** Hoja de Ruta
* **ANEXO 5:** Cuadro de enfermedades
* **ANEXO 6:** Autorización del representante legal o tutor del usuario/a para la atención presencia
* **ANEXO 7:** Carteles del lavado de manos y de desinfección (aplicación de gel)

**ANEXO 2: Cálculo referencial de responsabilidades asignadas a Educadoras/es Familiares CNH y tiempo invertido en las FASES 1, 2 y 3**

**Cálculo referencial CNH FASE 1**



**Cálculo referencial CNH FASE 2**



**Cálculo referencial CNH FASE 3**



**ANEXO 3:** Cálculo referencial de responsabilidades asignadas a Educadoras/es Familiares CCRA y tiempo invertido en las FASES 1, 2 y 3

**Cálculo referencial CCRA FASE 1**



**Cálculo referencial CCRA FASE 2**



**Cálculo referencial CCRA FASE 3**



**ANEXO 4: Hoja de Ruta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **SUBSECRETARIA DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL**  **DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIAR**  **Modalidad Creciendo con Nuestros Hijos – CNH y Círculos de Cuidado Recreación y Aprendizaje - CCRA**  **Hoja de Ruta** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROVINCIA** | | | | | | **DISTRITO:** | | | | | **CANTÓN:** | | | |
| **PARROQUIA:** | | | | | | **SECTOR:** | | | | | **SEMANA DEL: \_\_\_ al \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_** | | | |
| **NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:** | | | | | | | | | | **NOMBRE DE LA EDUCADORA FAMILIAR:** | | | | |
| **No.** | **FECHA** | | | **HORA DE LA ACTIVIDAD** | **APELLIDO Y NOMBRE DE LA NIÑA / NIÑO Y MUJER GESTANTE ATENDIDO** | **APELLIDO Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA NIÑA O NIÑO ATENDIDO U OTROS *(Actor Comunitario, Analista DII, etc.) (No aplica para mujer gestante)*** | | **No. DE CÉDULA DEL REPRESENTANTE U OTROS *(Actor Comunitario, Analista DE DII, etc.)*** | | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | **DIRECCIÓN O REFERENCIA** | **OBSERVACIONES** | | **FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA NIÑA O NIÑO ATENDIDO Y MUJER GESTANTE *(Actor Comunitario, Analista DII, etc..)*** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |

**ANEXO 5:** Cuadro de enfermedades

|  |  |
| --- | --- |
| TIPOS DE ENFERMEDADES | LISTADO |
| **Enfermedades catastróficas** | * Todo tipo de enfermedades congénitas de corazón y valvulopatías cardiacas. * Todo tipo de cáncer * Tumor cerebral en cualquier estado * Insuficiencia renal crónica * Trasplantes: riñón, hígado, medula ósea. |
| **Enfermedades crónicas** | * Diabetes * Hipertensión * Asma * Esclerosis múltiple * Fibrosis quística * Déficit de atención/hiperactividad * Alteraciones auditivas * Parálisis cerebral * Obesidad |
| **Enfermedades prevalentes de la infancia** | * Desnutrición: crónica, global, aguda * Anemia * Enfermedades Diarreicas Agudas EDAs * Infecciones Respiratorias Agudas IRAs * Enfermedades de la piel |

**ANEXO 6: Formato a**utorización del representante legal o tutor del usuario/a para la atención presencia

Sr/Sra.

**Autoridad de la Unidad Desconcentrada.**

Ministerio de Inclusión Económica y Social.

De mi consideración:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía o número de pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, usuaria/o, representante legal, tutor autorizado y/o persona responsable del cuidado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía o número de pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la unidad de atención \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo continuar y/o retomar la atención presencial.

Me comprometo a notificar de forma inmediata la presencia de signos o síntomas de COVID-19, del usuario/a o del círculo más cercano.

Cordialmente,

Firma:

Nombre completo:

CC:

**ANEXO 7**: **Carteles del lavado de manos y de desinfección (aplicación de gel)**



