Formulario de Solicitud de Ingreso a Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG)
Hospital El Carmen – Maipú.

¡Hola! ¿Cómo estás?, mediante esta ficha de inscripción te quiero contar que en el Hospital El Carmen se encuentra el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG). El objetivo del programa es acompañarte en tu proceso identitario, otorgando herramientas individuales y familiares, para que todo niño, niña, niñe y adolescente trans, no binario y de género no conforme se sienta apoyado en el tránsito de su identidad de género.
En nuestro programa vas a contar con el acompañamiento de una psicóloga junto a una trabajadora social, es totalmente VOLUNTARIO, ya que NADIE te puede obligar a participar. Te invito a que puedas completar esta ficha para que nuestros profesionales te puedan contactar. Esta ficha es confidencial, sólo será revisada por la dupla PAIG.

1. **Cuéntanos, cuáles son tus datos personales:** *(De quien se interese en participar)*

Nombre Social/Pronombre: *¿Cómo prefieres que te llamemos?*	
Nombre Registral o Legal: *(el del carnet)*	
RUN:	
Fecha de Nacimiento/edad:	
Domicilio:	
Teléfono al cual te podemos contactar:	
Correo electrónico:	
Centro educativo al que asistes:	
Curso:	
CESFAM al que perteneces:	
Te encuentras en alguna situación de discapacidad *(indicar Si, no, el tipo):*	

2. **Necesitamos saber quién es tu representante legal para fines de ingreso al programa:** *(esta persona es la que posee tus cuidados legales, por lo general es un padre, una madre o un tutor autorizado por el tribunal de Familia. Si tienes 14 años o más, a esta persona le informaremos que tú estarás participando del programa, aunque ésta no quiera participar)*

Nombre Social/Pronombre:	
Nombre Registral:	
Fecha de Nacimiento/edad:	
Domicilio:	
Parentesco:	
Teléfono de contacto:	

3. **¿Existe algún adulto que pueda acompañarte y participar del programa? Déjanos sus datos aquí:** *Puede ser madre, padre o cualquier familiar que te*

quiera acompañar. Debe ser mayor de 18 años. Es importante que alguien participe, pero no es indispensable. Completa la mayor cantidad de datos en la tabla)

Nombre Social:	
Nombre Registral:	
Fecha de Nacimiento/edad:	
Domicilio:	
Parentesco:	
Teléfono y correo electrónico de contacto:	

4. **Cuéntanos, *¿cómo supiste del programa y qué te motiva a participar?***

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. ***¿Existe alguna situación o preocupación que en este momento te pueda estar afectando, o incluso, pueda encontrarse en riesgo tu vida o la de otra persona?***

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Finalmente, cuéntanos brevemente

ÁREA	ITEMS	SI	NO	+ o -
Individual	Siento tranquilidad en el desarrollo de mi identidad.			
	Recibo atenciones en salud mental			
	He sentido rechazo, vergüenza o culpa por mi identidad de género.			
Familiar	Existe apoyo de parte de mi familia			
	Hay un adulto quien me pueda acompañar al programa			
	He vivido situaciones de negligencia, maltrato o violencia por parte de mi familia a causa de mi identidad de género.			
Comunitario	Cuento con figuras de apoyo en mi colegio (amistades, adultos)			
	He vivido situaciones de discriminación, violencia u hostigamiento en contexto escolar a causa de mi identidad de género.			

7. Antecedentes de la solicitud:

Fecha de hoy: (*que entregas la solicitud)*	
Fecha de recepción HEC:	N/A
Profesional quien recibe la derivación:	N/A
Profesional PAIG que recibe:	N/A
Fecha de la recepción en PAIG:	N/A