**Información para proveedores de cuidados fuera del hogar**

**Parte B**

information for out-of-home care providers

part b

**Uso del formulario:** la información del presente formulario se debe proporcionar al posible proveedor de cuidados fuera del hogar antes de que este acepte la colocación del menor/joven o, a más tardar, siete días después de que se coloque al menor/joven. La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios   
[Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. INFORMACIÓN GENERAL** | | | | | | | |
| Fecha de la última revisión/completación (mm/dd/aaaa) | | | Proveedor de cuidados fuera del hogar | | | | |
|  | | |  | | | | |
| **Información del menor/joven** | | | | | | | |
| Nombre completo (legal) | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | Social Security Number (Número de Seguro Social) |
|  | | | |  | | |  |
| Nombre elegido | Pronombres | | | | | Género | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | | El menor/joven se identifica como: | |
| Raza | | Origen étnico | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| **II. MOTIVOS DE LA COLOCACIÓN** | | | | | | | |
| Child abuse or neglect (Maltrato o negligencia infantil, CAN)  Maltrato físico  Abuso sexual  Abuso emocional  Negligencia  Justicia juvenil  Necesidades de desarrollo  Necesidades médicas  Consumo de sustancias (padre/madre)  Consumo de sustancias (menor/joven)  Necesidades emocionales  Necesidades relativas al comportamiento  Necesidades relativas al funcionamiento vital  Muerte, enfermedad o encarcelamiento del cuidador principal | | | | | Sí  No CHIPS (aparte de CAN) | | |
| Tipo de solicitud: CHIPS/JIPS/Morosidad | | |
| Naturaleza de las infracciones | | |
| La colocación es:  Voluntaria  Por orden judicial  Custodia física temporal | | |
| Otros motivos de colocación (especifique) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **TODO ACERCA DE MÍ** |
| **Esta sección la debe completar el menor o joven o junto con él.** |
| Mis fortalezas son las siguientes: |
| Mis objetivos son los siguientes: |
| En qué áreas me gustaría recibir ayuda: |
| Considero que es importante que sepa lo siguiente sobre mí: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. CONTACTOS IMPORTANTES** | | | | | | | |
| 1. **Guardian ad litem (Tutor asignado por el tribunal, GAL)/asesor legal** | | | | | | | |
| Nombre completo | | | | Relación | | | |
|  | | | |  | | | |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | Número de teléfono | | Correo electrónico | |
|  | | | |  | |  | |
| 1. **Otras personas/contactos** | | | | | | | |
| Nombre completo | | | | Relación | | | |
|  | | | |  | | | |
| Tipo de contacto | | | | Número de teléfono | | Correo electrónico | |
|  | | | |  | |  | |
| **IV.** **FORTALEZAS DEL MENOR/JOVEN Y LA FAMILIA** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **V.** **HISTORIAL DE COLOCACIÓN Y OBJETIVOS DE PERMANENCIA** | | | | | | | |
| **A. Colocación anterior (si no existe una orden judicial que prohíba revelar el nombre de los anteriores proveedores de cuidados fuera del hogar)** | | | | | | | |
| Tipo de colocación  (FH, GH, RCC, hospital, etc.) | | Nombre completo | | | Fechas de la colocación | | |
| Desde  (mm/dd/aaaa) | | Hasta  (mm/dd/aaaa) |
|  | |  | | |  | |  |
| **B. Objetivos de permanencia: por determinar** | | | | | | | |
| **Objetivo de permanencia** | | | **Objetivo simultáneo** | | | | |
| Reunificación | | | Reunificación | | | | |
| Tutela | | | Tutela | | | | |
| Adopción | | | Adopción | | | | |
| Colocación con un familiar apto y dispuesto\* | | | Colocación con un familiar apto y dispuesto\* | | | | |
| Otros arreglos previstos de vivienda permanente\* | | | Otros arreglos previstos de vivienda permanente\* | | | | |
| \* Permanencia no legal | | | | | | | |
| **VI. ANTECEDENTES DE EPISODIOS TRAUMÁTICOS** (Considere la información de toda la vida). | | | | | | | |
| **A. Antecedentes de abuso sexual:**  **Sí**  **No**  **Desconocido** | | | | | | | |
|  | El menor/joven es víctima de trata de sexual o de personas. | | | | | | |
|  | Cualquier participación del menor/joven como **víctima** o testigo en relaciones, contacto, tráfico o explotación sexuales de un menor/joven. (s. 948.055) | | | | | | |
|  | Otro | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias; tenga en cuenta la frecuencia, el apoyo familiar y la relación del abusador con el menor/joven). | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **B. Antecedentes de episodios traumáticos:  Sí  No  Desconocido** | | | | | | | |
|  | Maltrato físico | | | | | | |
|  | Abuso emocional | | | | | | |
|  | Negligencia | | | | | | |
|  | El menor/joven fue testigo de violencia en su familia o comunidad | | | | | | |
|  | Víctima de actividades delictivas o testigo de la victimización de un familiar o amigo | | | | | | |
|  | Otro | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Consideraciones sobre la adaptación al trauma:  Sí  No  Desconocido** | | | | | |
|  | | | Problemas con la regulación afectiva (por ejemplo, respuesta emocional exagerada, experimenta episodios de disociación). | | |
|  | | | Vuelve a experimentar el episodio traumático (por ejemplo, trastorno del sueño, pesadillas). | | |
|  | | | Mayor excitación. | | |
|  | | | Tiene problemas de adaptación (por ejemplo, PTSD, reexperimentaciones del evento, pesadillas, ansiedad). | | |
|  | | | Experimenta episodios de disociación (por ejemplo, evita pensamientos o sentimientos asociados al episodio traumático, es incapaz de recordar un acontecimiento concreto, etc.). | | |
|  | | | Sufre un entumecimiento emocional (por ejemplo, estado de ánimo apagado, desapego). | | |
|  | | | Duelo traumático tras la muerte o la separación de su proveedor de cuidados. | | |
|  | | | Tiene pensamientos intrusivos. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| **VII. ESCUELA/CENTRO DE CUIDADO INFANTIL** (Considere la información correspondiente al año escolar actual o más reciente). | | | | | |
| **El menor/joven está inscrito en la escuela:**  **Sí**  **No** | | | | | |
| Describa su rendimiento académico actual. Incluya el grado escolar, los logros especiales y las dificultades educativas actuales. Incluya la fecha y la fuente de información: | | | | | |
|  | | | | | |
| Considere las siguientes cuestiones (marque todas las opciones que correspondan): | | | | | |
|  | | | Tiempo extra dedicado al menor/joven en actividades escolares obligatorias (por ejemplo, las tareas). | | |
|  | | | Dificultad para llevarse bien con el profesor o los compañeros. | | |
|  | | | Suspensiones o expulsiones frecuentes. | | |
|  | | | Problemas de asistencia o absentismo escolar (no relacionados con suspensiones escolares) | | |
|  | | | Adopta comportamientos molestos en la escuela o el centro de cuidado infantil. | | |
|  | | | La escuela o el centro de cuidado infantil no satisface las necesidades del menor/joven. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| **VIII. FUNCIONAMIENTO VITAL** (Considere la información correspondiente a los seis meses anteriores a la compleción de este formulario). | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre el cuidado orientado al desarrollo:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | | Retraso significativo en el funcionamiento cognitivo o posible retraso en la motricidad fina o gruesa. | | |
|  | | | El menor/joven tiene necesidades de cuidados físicos o del desarrollo superiores a las típicas de su edad. | | |
|  | | | Dificultad para comprender rutinas o tareas sencillas (posiblemente necesite ayuda o indicaciones verbales para completar las tareas de cuidado de uno mismo). | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre el funcionamiento social:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | Relaciones sociales con compañeros de la misma edad o adultos fuera de la escuela. | | | |
|  | | | Relaciones con sus padres o hermanos (por ejemplo, discusiones, dificultad para mantener una relación positiva). | | |
|  | | Entablar y mantener amistades. | | | |
|  | | La capacidad de comunicación no se ajusta al desarrollo previsto para su edad (por ejemplo, no puede expresar  sus deseos o necesidades, tiene dificultades para comprender el lenguaje o necesita dispositivos de apoyo para  la comunicación, etc.). | | | |
|  | | Otro. | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Otras consideraciones sobre el funcionamiento vital:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | | Falta de compromiso o interés en actividades recreativas | | |
|  | | | Necesita apoyo adicional para desarrollar habilidades para la vida independiente (por ejemplo, cocina o limpieza, administración del dinero, higiene, etc.). | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| **IX. INFORMACIÓN MÉDICA** (Considere la información obtenida a lo largo de toda la vida). | | | | | |
| 1. **Consideraciones de salud mental:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | | Consideraciones sobre traumatismos médicos relevantes para los cuidados del menor/joven. | | |
|  | | | Historial de necesidades o diagnósticos de salud mental en la familia. | | |
|  | | | Diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, psicosis, trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático, etc.). | | |
|  | | | Miedos o fobias extremas. | | |
|  | | | Ansiedad. | | |
|  | | | Riesgo de suicidio. | | |
|  | | | Otro riesgo de autoinfligirse lesiones (por ejemplo, comportamientos autolesivos). | | |
|  | | | Víctima de la explotación | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Enfermedad o diagnóstico médico:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | | Diabetes. | | |
|  | | | Trastorno de convulsiones, epilepsia. | | |
|  | | | Parálisis cerebral, distrofia muscular. | | |
|  | | | Síndrome de Down. | | |
|  | | | Trastorno del espectro autista. | | |
|  | | | Cáncer, leucemia u otra neoplasia maligna. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias, entre las que se incluyen las siguientes: estado actual  de la enfermedad/diagnóstico, qué tratamiento médico/intervención requiere, si se trata o no de una afección médica  de por vida o potencialmente mortal, y qué necesidades socioemocionales tiene el menor/joven en relación con la afección médica): | | | | | |
|  | | | | | |
| **X. PROBLEMAS DE SALUD O SÍNTOMAS** | | | | | |
|  | **A. Afecciones cerebrales o de la cabeza:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Lesiones en la cabeza graves o pérdida del conocimiento. | | |
|  | | | Dolores de cabeza, migrañas, mareos, problemas de coordinación o equilibrio. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **B. Problemas cardíacos y pulmonares:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Soplo o problemas cardíacos, dolor torácico, ritmo cardíaco irregular. | | |
|  | | | Respiración sibilante, bronquitis. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **C. Afecciones de la piel:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Piojos, sarna y lombrices. | | |
|  | | | Sarpullido crónico producido por el pañal, impétigo. | | |
|  | | | Tratamiento de problemas cutáneos, erupciones, urticaria, brotes, acné. | | |
|  | | | Eczema. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **D. Problemas de ojos, oídos, nariz, garganta o dentales:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Dificultad para tragar o hablar, o ronquera persistente. | | |
|  | | | Sinusitis o infecciones crónicas o graves de oído. | | |
|  | | | Problemas dentales graves o dolorosos. | | |
|  | | | Ceguera, visión borrosa o visión doble. | | |
|  | | | Problemas de audición, zumbidos en los oídos, secreción o infección, tubos. | | |
|  | | | Trastorno o diagnóstico sensorial. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **E. Afecciones sistémicas:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Problemas urinarios, de próstata, riñón y vesícula biliar. | | |
|  | | | Reflujo, atragantamiento, acidez y úlceras. | | |
|  | | | Estreñimiento, diarrea o sangre en las heces. | | |
|  | | | Incontinencia o encopresis. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **F. Factores de riesgo:**  Sí  No  Desconocido | | | | |
|  | | | Bajo peso al nacer. | | |
|  | | | Falta de atención prenatal. | | |
|  | | | Parto prematuro o con retraso. | | |
|  | | | Complicaciones durante el parto. | | |
|  | | | Exposición fetal al alcohol o las drogas. | | |
|  | | | Otro. | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique la lesión o inquietud): | | | | | |
|  | | | | | |
| **XI. CITA MÉDICA Y CONSIDERACIONES RELATIVAS AL TRATAMIENTO:**  Sí  No  Desconocido | | | | | |
|  | | | Citas de salud mental, visitas al médico u hospitalizaciones frecuentes. | | |
|  | | | Pruebas médicas relevantes (El menor/joven se ha sometido a pruebas médicas que el proveedor debe conocer). | | |
|  | |  | | Tomografía axial computarizada. | Electroencefalograma. |
|  | |  | | Resonancia magnética. | Prueba cutánea de la tuberculina. |
|  | |  | | Radiografía de tórax. | Electrocardiograma. |
|  | |  | | Prueba de Papanicolaou. | Otro. |
|  | | Hospitalizaciones recientes. | | | |
|  | | ¿El menor/joven ha recibido servicios de salud mental, conductual o emocional en el pasado? | | | |
|  | |  | | Trastorno del espectro autista. | Retraso significativo en el desarrollo. |
|  | |  | | Discapacidades cognitivas. | Trastornos específicos del aprendizaje. |
|  | |  | | Trastornos emocionales y del comportamiento. | Trastornos del habla y del lenguaje. |
|  | |  | | Otro. | |
|  | | Otro. | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XII. CONSIDERACIONES CULTURALES** (Considere la información obtenida a lo largo de toda la vida). | | | | | | | | |
| **Identidad cultural** | | | | | | | | |
|  | | El menor/joven o la familia están conectados con sus prácticas culturales. | | | | | | |
|  | | Adaptaciones necesarias para que el menor/joven pueda participar en las prácticas culturales. | | | | | | |
|  | | Al menor/joven o a la familia les gustaría recibir asistencia, o la necesitan, para crear y mantener vínculos con otras personas que compartan su identidad cultural. | | | | | | |
|  | | Al menor/joven o a la familia les gustaría que el menor/joven participara en prácticas, rituales o ceremonias culturales, o necesitan apoyo para ello. | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Describa las conexiones culturales, los deseos y las necesidades actuales del menor/joven y su familia para establecer o mantener su identidad cultural y la conexión con ella: | | | | | | | | |
| **XIII. NECESIDADES EMOCIONALES** (Considere la información correspondiente a los seis meses anteriores a la cumplimentación del documento, a menos que sea necesario revelar más información histórica para proteger al menor/joven o a otras personas). | | | | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre el apego:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Evita las situaciones emocionales y las relaciones personales. | | | | | | |
|  | | El menor/joven muestra dificultades de apego con su cuidador, su docente u otras personas (p. ej., reacciona de forma exagerada o desinteresada frente a la separación de sus familiares o al interactuar con ellos y presenta dificultades para mantener el apego). | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre la atención:**  Sí  No Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Adopta conductas impulsivas e hiperactivas extremas. | | | | | | |
|  | | Tiene dificultades para concentrarse o mantener la atención en el entorno familiar. | | | | | | |
|  | | Necesita técnicas de manejo del comportamiento estructuradas, no responde al a los límites o normas ni a las medidas disciplinarias (por ejemplo, adopta conductas inapropiadas de manera deliberada). | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Otras consideraciones sobre cuestiones emocionales:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Dificultad para calmarse o consolarse a sí mismo o a otras personas. | | | | | | |
|  | | Exhibe emociones que se podrían considerar inapropiadas para la situación. | | | | | | |
|  | | Tiene rabietas o enfados frecuentes, atípicos para la edad y el desarrollo del menor/joven. | | | | | | |
|  | | Asume riesgos inusuales contra la seguridad personal (por ejemplo, participa en actividades perjudiciales para su bienestar físico, mental o moral, demuestra una falta de límites con personas desconocidas y falta de miedo, etc.) | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **XIV. NECESIDADES DE COMPORTAMIENTO** (Considere la información correspondiente a los seis meses anteriores a la cumplimentación del documento, a menos que sea necesario revelar más información histórica para proteger al menor/joven o a otras personas). | | | | | | | | |
| 1. **Necesidades o consideraciones sobre la alimentación:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Se da atracones o acumula comida. | | | | | | |
|  | | Ingiere artículos no comestibles. | | | | | | |
|  | | Presenta un trastorno alimentario (si no se diagnostica formalmente, puede incluir indicios de preocupación excesiva por la comida, el peso o la imagen física y el aumento o la pérdida drástica de peso). | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Consumo o abuso de sustancias:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Tabaco | Alcohol | | | | | Drogas |
|  | | Solventes | Marihuana | | | | | Otro. |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias, la frecuencia de consumo, cómo accede el menor/joven a las sustancias, sus necesidades actuales de tratamiento, etc.): | | | | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre el desarrollo sexual o el comportamiento:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Cualquier participación del menor/joven como ofensor o testigo en relaciones sexuales, así como el contacto y la explotación sexual de un menor. (s. 948.055) | | | | | | |
|  | | Comportamientos sexuales, gestos, lenguaje o vestimenta de índole sexual explícitos. | | | | | | |
|  | | Ser sexualmente activo. | | | | | | |
|  | | Uso de anticonceptivos, medicamentos u otros métodos anticonceptivos. | | | | | | |
|  | | Ansiedad asociada a la identidad sexual. | | | | | | |
|  | | Experiencias sexuales de alto riesgo (por ejemplo, varias parejas, parejas mayores, víctima de tráfico sexual infantil). | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre violencia o agresión:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Falta de preocupación por los demás, remordimiento o empatía. | | | | | | |
|  | | Afiliación a pandillas. | | | | | | |
|  | | Destrucción extrema de propiedades. | | | | | | |
|  | | Amenazas o agresiones físicas. | | | | | | |
|  | | Maltratar física o sexualmente a los animales o ser cruel con ellos. | | | | | | |
|  | | Acosar o instigar situaciones o peleas. | | | | | | |
|  | | Agresividad verbal. | | | | | | |
|  | | Usar armas de manera indebida. | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Se vio involucrado en un proceso penal de menores:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Implicación en el sistema jurídico (pedido de sentencia en la que se lo declare culpable, remisiones al sistema penal de menores, supervisión del condado por la sistema penal de menores, etc.). | | | | | | |
|  | | Se le asignó la restitución de una víctima. | | | | | | |
|  | | El menor/joven tiene órdenes o sanciones judiciales. | | | | | | |
|  | | El comportamiento del menor/joven pone en peligro a los residentes de la comunidad. | | | | | | |
|  | | Se ve influenciado por el comportamiento de sus padres. | | | | | | |
|  | | Los factores del entorno aumentan la tendencia del menor/joven a adoptar conductas delictivas. | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Consideraciones sobre el comportamiento y los antecedentes de fuga:**  **Sí**  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Huye con frecuencia o ha huido en varias ocasiones. | | | | | | |
|  | | Huye sistemáticamente a la misma localidad, vecindario o comunidad. | | | | | | |
|  | | Huye a entornos inseguros; tiene una alta probabilidad de victimización. | | | | | | |
|  | | Participa en actividades delictivas o peligrosas mientras huye. | | | | | | |
|  | | Otras personas animan o ayudan al joven a huir. | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias, describa los factores principales que han contribuido al episodio de desaparición del menor/joven previamente, así como los planes o intervenciones que se deberían poner en marcha para garantizar la seguridad, el bienestar y la prevención de la huida del menor/joven en el futuro): | | | | | | | | |
| 1. **Otras consideraciones sobre el comportamiento:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | | Inicia un incendio. | | | | | | |
|  | | No duerme toda la noche, tiene pesadillas, padece sonambulismo, etc. | | | | | | |
|  | | Se orina en la cama. | | | | | | |
|  | | Expresa pensamientos o comportamientos que lo perjudican a él o a otras personas (por ejemplo, muerte, armas, incendios, etc.). | | | | | | |
|  | | Adopta comportamientos como la deshonestidad habitual o el robo, que superan las expectativas normales correspondientes a su edad. | | | | | | |
|  | | Tiene comportamientos regresivos. | | | | | | |
|  | | Otro. | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **XV. CUALIFICACIONES O NECESIDADES DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS FUERA DEL HOGAR:**  Sí  No  Desconocido | | | | | | | | |
|  | Frecuencia y distancia de los traslados. | | | | | | | |
|  | Frecuencia de las visitas de interacción familiar. | | | | | | | |
|  | Transporte hasta la escuela de origen. | | | | | | | |
|  | Participación en citas médicas o de terapia. | | | | | | | |
|  | Otro. | | | | | | | |
| Especifique (en caso afirmativo, explique las circunstancias). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **XVI. DOCUMENTOS IMPORTANTES** | | | | | | | | |
| La agencia de colocación ha dado a los proveedores de cuidados fuera del hogar lo siguiente: (Marque todas las que correspondan). | | | | | | | | |
|  | | Una orden judicial | |  | Una tarjeta de MA | | | |
|  | | Un registro de vacunación | |  | Un contrato de hogar de acogida o cuidador familiar | | | |
|  | | Un acuerdo de colocación voluntaria | |  | Un pasaporte de aprendizaje | | | |
|  | | Un folleto sobre el estándar de crianza razonable  y prudente (DCF - P - 5105) | |  | Instrucciones para el alta médica (si el menor/joven es dado de alta del hospital a su cuidador) | | | |
|  | | Un resumen de los tratamientos de salud mental\* | |  | Consentimiento para recibir los servicios médicos | | | |
|  | | Otro. Especifique: | |  | Otro. Especifique: | | | |
| \*Se solicita un resumen para garantizar que los proveedores de cuidados fuera del hogar puedan interpretar los materiales. Se pueden facilitar documentos de fuentes primarias si resultan útiles para aclarar la información. Este formulario y la información que en él se incluye se compartieron con los proveedores de cuidados fuera del hogar. | | | | | | | | |
| **XVII. PLAN PARA MANEJAR LOS COMPORTAMIENTOS DESAFIANTES** (Considere la información de los seis meses anteriores a la compleción del documento para informar el plan, a menos que sea necesaria más información histórica para satisfacer mejor las necesidades del menor/joven). | | | | | | | | |
| Describa cualquier habilidad o conocimiento específico que el proveedor de cuidados fuera del hogar deberá adquirir para satisfacer las necesidades del menor/joven y brindarle apoyo y cuidados de una manera segura. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Enumere los comportamientos del menor/joven que pueden provocar problemas de salud o seguridad para él o para otras personas. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Describa las acciones o situaciones que contribuyen a las dificultades de un menor/joven y cómo puede manifestarlas cuando necesita apoyo adicional. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Describa las intervenciones que han funcionado para apaciguar dichas acciones en el pasado. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Describa los requisitos de notificación y los procedimientos de información de la agencia para situaciones de emergencia. | | | | | | | | |
| **XVIII.** **FIRMAS** | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** padre o madre 1 | | | | | |  | Fecha de la firma | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** padre o madre 2 | | | | | |  | Fecha de la firma | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** joven | | | | | |  | Fecha de la firma | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** profesional de bienestar de menores de acogida | | | | | |  | Fecha de la firma | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** proveedor de cuidados fuera del hogar | | | | | |  | Fecha de la firma | |
|  | | | | | |  |  | |
| **FIRMA:** proveedor de cuidados fuera del hogar | | | | | |  | Fecha de la firma | |