

# CONDADO DE VENTURA

HERRAMIENTA DE INFORMES DE FAMILIA Apoyo (RF): ACTIVIDADES DE APOYO AL NIÑO/NMD FECHA DEL INFORME:

NOMBRE DEL NIÑO:	EDAD ACTUAL:	IDENTIDAD DE GÉNERO:	CASO #:	FECHA DE COLOCACIÓN EN ESTE HOGAR:
NOMBRE DEL PADRE/MADRE DE RECURSO:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO PARTICULAR:	TELÉFONO CELULAR:	TRABAJADORA QUE LLEVA EL CASO:		

**Proveedor de Cuidado:** Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a entender las necesidades del niño/Dependiente No Menor de Edad (NMD) colocado en su hogar. La información que usted comparta sobre las necesidades del niño/NMD es un factor importante para evaluar los servicios y apoyos para el niño/NMD. Si hay dos (proveedor de cuidado) de Recurso que cuidan del niño/NMD, por favor incluyan las actividades que hacen ambos en su apoyo. Las preguntas a continuación reflejan las actividades consistentes con lo que se espera de las expectativas de los padres de crianza temporal y las habilidades diversas, que corresponden a los esfuerzos realizados para cubrir cualquier necesidad más allá de lo que es apropiado para la edad del niño/NMD. Por favor, complete este cuestionario en la forma que mejor describa los cuidados que está proporcionando actualmente al niño/NMD. Agradecemos su aportación.

**1a. El niño/NMD puede necesitar ayuda con tareas básicas para cuidar de sí mismo. Por favor, marque los siguientes recuadros si está ayudando al niño/NMD con cualquiera de estas habilidades de independencia, físicas o vitales. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

- Comer  Usar el baño  Vestirse  Bañarse  Arreglarse  Cuidado menstrual  
 Movilidad (caminar, pararse, pasar a/desde silla de ruedas)  Uso de extremidades superiores (manos, brazos, dedos)

**1b. ¿Cómo está ayudando al niño/NMD con estas habilidades? (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

- Supervisión de actividades  Indicaciones verbales según sea necesario  El Niño/NMD necesita algo de ayuda

El Niño/NMD no puede completarlas sin ayuda de un adulto

**1c. ¿Con cuántas habilidades ayuda al niño/NMD diariamente?**

- Al menos 1  Al menos 2  Al menos 3  Al menos 4

**2a. ¿Organiza y/o facilita que el niño/NMD asista a terapia del habla, terapia física y/o terapia ocupacional?**  Sí  No

**2b. ¿Con qué frecuencia organiza y/o facilita que el niño/NMD asista a terapia del habla, terapia física y/o terapia ocupacional?**  1-2 veces al mes  3 veces al mes  4 o más veces al mes  6 o más veces al mes

**SI EL JOVEN TIENE 14 AÑOS O MÁS, COMPLETE LAS PREGUNTAS 2C, 2D, 2E.**

**2c. Por favor, marque los siguientes recuadros si está ayudando al joven con alguna de las habilidades vitales a continuación. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

- Como manejar sus finanzas  Acceder al transporte público  Compras  Preparar comida  Usar dispositivos de comunicación como teléfono, TTY, etc.  Gestionar los medicamentos  Completar tareas básicas de la escuela  
 Proveen transporte o facilitar transporte alternativo a las clases de ILP  Apoyar al joven en búsqueda de empleo

**2d. ¿Cómo está ayudando al joven con estas habilidades? (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

- Supervisión de actividades  Indicaciones verbales según sea necesario  El joven necesita algo de ayuda  El joven no puede completar las actividades sin ayuda de un adulto

**2e. ¿Con cuántas habilidades ayuda al joven diariamente?**  Al menos 1  Al menos 2  Al menos 3  Al menos 6

**3. Marque los siguientes recuadros si proporciona apoyo y/o ayuda al niño/NMD para que pueda participar en actividades comunitarias y/o extracurriculares. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

- Comprobar para asegurarme que el niño/NMD recibe ayuda/apoyo necesario con habilidades mientras participa en actividades comunitarias/extracurriculares  
 Ir con el niño/NMD a actividades comunitarias/extracurriculares para proporcionar apoyo directo al niño  
 Participar en actividades comunitarias/extracurriculares debido a la necesidad del niño/NMD de apoyo o supervisión constante para participar.

## CONDADO DE VENTURA

**PARA JOVEN DE 14 AÑOS Y MAYOR:** el joven recibe el apoyo/ayuda necesaria con habilidades en actividades comunitarias/extracurriculares

**4a. ¿Tiene el niño/NMD dificultades de comportamiento y/o dificultades emocionales, según el diagnóstico de un Terapeuta con Licencia o Médico?**

Sí  No

**4b. Marque los siguientes recuadros con el tipo de apoyo- de conducta y/o - emocionales en los cuales participen el niño/NMD y la familia. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**  El Niño/NMD asiste a terapia  Terapia familiar  Terapia de grupo para niño/NMD

Grupo de apoyo para RF  Servicios Wraparound (WRAP), TBS u otros servicios terapéuticos basados en el hogar

APSS (Servicios de Promoción y Apoyo a la Adopción)  Terapia Interactiva para Padres y Niño (PCIT)

Otro (por favor, describa) \_\_\_\_\_

**4c. Marque los siguientes recuadros para cualquier actividad que usted haga para apoyar al niño/NMD para abordar dificultades de conducta y/o emocionales. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**

Llevar y/o facilitar ayuda el transporte del niño/NMD a citas de terapia  1  2  3  4  al mes

Hablar con terapeutas, terapeuta, trabajadores sociales u otros profesionales  1  2  3  4  al mes

Vigilar, observar, documentar conductas del niño/NMD  1  2  3  4  por semana

Implementar intervención terapéutica y/o plan de comportamiento  1  2  3  4  por semana

Redirigir y dar instrucciones al niño/NMD y/o desactivar conductas  1  2  3  4  por semana

Apoyar al niño/NMD durante explosiones emocionales y/o berrinches  1  2  3  4  por semana

Supervisar y/o observar al niño/NMD, incluyendo cuidado visual  Ocasional  Frecuente  Todo el día  24 horas

**5a. Para un NIÑO EN EDAD ESCOLAR, ¿cuánto tiempo está pasando usted apoyando y supervisando al niño en sus tareas de casa y/o demás actividades de aprendizaje, más allá de lo que se necesita normalmente para un niño de la misma edad?** Incluya usted el tiempo que pasado apoyando al niño en actividades basadas en la escuela, actuando como voluntario en el aula, concertando tutorías, manteniendo equipo, herramientas o dispositivos para que el niño pueda acceder a educación. También incluye ayudar en llenar solicitudes de ayudas universitarias y/o financieras.

0-1 horas por semana  2 horas por semana  3-4 horas por semana  5-6 horas por semana  7+ horas por semana

**5b. Para un NIÑO QUE NO ESTÉ EN EDAD ESCOLAR, marque los siguientes recuadros para cualquier apoyo que usted esté proporcionando para que el niño participe en y/o se beneficie de programas de atención infantil y/o preescolares. (Marque TODOS los recuadros que apliquen).**

Inscribir al Niño en Early Head Start/Head Start, programa de Kinder de Transición u otro programa de desarrollo infantil.

Leer en voz alta al niño

Pasar tiempo apoyando que el niño participe en programas de atención infantil y/o atención preescolar o de que se beneficie de ellos. Incluye esfuerzos en coordinación con atención infantil y/o preescolar para garantizar la continuidad de asistencia del niño y/o abordar comportamientos que podrían poner al niño en riesgo de que se le negaran servicios en centros de cuidado de día o educativos.

0-1  2  3-4  5-6  7 o más horas por semana

Mantener equipamiento necesario, herramientas o dispositivos para que el niño acceda a la educación

Responder a quejas de guardería y/o preescolar  1  2  Otro \_\_\_\_ veces por semana

**5c. Cuánto tiempo está abogando en nombre del niño con los maestros maestros o personal de la guardería y/o preescolar.** Esto incluye actividades como planificar y/o participar en desarrollo de educación especial y revisiones, recoger al niño de la escuela debido a problemas de disciplina, estar presente en la escuela o hablar por teléfono con personal de la escuela, coordinar servicios (como TBS) con la escuela, y colaborar con inscripción escolar y recuperación parcial de créditos.

0-1  2  3-4  5-6  7 o más horas por semana

# CONDADO DE VENTURA

**6a. Por favor marque los siguientes recuadros para indicar los médicos u otros especialistas de salud a los que va a ver el niño/NMD. (marque TODOS los recuadros que apliquen)**  Pediatra para cuidados rutinarios del niño  Dentista para cuidados rutinarios del niño

Especialista (es decir, neurólogo, alergólogo, psiquiatra, ortodoncista, etc.)  1  2  3-11  7-11  12 veces al año

Si su pediatra y/o dentista proporciona atención especializada al niño/NMD (más allá de las citas rutinarias del niño), por favor descríbala a continuación, e indique cuántas citas al año programa con el pediatra y/o dentista:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6b. Marque los siguientes recuadros que apliquen respecto a los medicamentos recetados por un médico. Esto incluye medicamentos psicotrópicos para salud del comportamiento y/o salud mental.**

Observar, registrar y/o reportar los efectos de medicamentos al médico y administrarle los medicamentos:

1 medicamento según necesario (PRN)  1 medicamento al día  2 o más medicamentos al día  2 o más medicamentos más de una vez al día  Vigilar al niño, que se tome el medicamento él mismo

**6c. Para un niño/NMD que utiliza equipamiento y/o un dispositivo médico, marque el recuadro para mostrar los cuidados que usted proporciona.**

Vigilar al niño/NMD que utiliza el dispositivo médico y/o equipo de prueba  Operar y vigilar el equipamiento y/o dispositivo médico

**6d. Para un niño/NMD que tiene un problema serio médico y/o problema de salud del desarrollo, marque los recuadros para mostrar los cuidados necesarios (marque TODOS los recuadros que apliquen):**

El Niño/NMD necesita vigilancia en casa por parte de un profesional médico

El Niño/NMD necesita uso de equipamiento o dispositivos médicos varias veces por semana

Niño/NMD con condición severa, que incluye, sin limitarse a ello: aspiración, succión, tienda de nebulización, ventilador, alimentación por sonda, traqueotomía, SIDA sintomático, hepatitis, quimioterapia, vías intravenosas permanentes, colostomía/ileostomía, quemaduras en más del 10% del cuerpo.

**7a. ¿Con qué frecuencia está usted apoyando las visitas del niño/NMD y/o la participación en actividades comunitarias y culturales las cuales son importantes para su identidad cultural y de comunidad? Esto incluye transportar al niño/NMD y permanecer en las visitas y/o actividades. (Marque TODOS los recuadros que apliquen)**

Apoyar las visitas del niño/NMD con su familia, hermanos y otros  3  4  5  6  7 veces al mes

Apoyar la asistencia del niño/NMD a actividades comunitarias y/o culturales  1  2  3  4  5 veces al mes

Orientar y/o asesorar a los padres biológicos que implementen planes de visitas familiares  2  4  6  8  10 horas por semana

**COMENTARIOS ADICIONALES, PREOCUPACIONES Y/APOYOS QUE USTED PROPORCIONA:**

**¿DESEARÍA RECIBIR CAPACITACIÓN U OTRO APOYO EN CUALQUIERA DE LAS ÁREAS ENUMERADAS**

**ANTERIORMENTE?**  SÍ  NO

Por favor, enumere esa(s) área(s):

Firma del Proveedor de Cuidado: \_\_\_\_\_

Nombre con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajador Social/Firma del Funcionario de Libertad Condicional: \_\_\_\_\_

Nombre con Letra de Imprenta : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_