# Resumen de la Colocación

**Propósito:** El propósito de este formulario es transmitir información de un cuidador a otro, a fin de mejorar la continuidad del cuidado del menor.

**Instrucciones:** En el caso de las colocaciones iniciales después de la separación del menor de su hogar, el trabajador social es quien completa todas las secciones sombreadas. En las colocaciones subsecuentes, el trabajador social completa todas las secciones sombreadas y el cuidador actual llena el formulario como se indica en las instrucciones a partir de la página 15. El Trabajador social a cargo del desarrollo de la relación con cuidadores familiares debe asistir cuidador a llenar el formulario. El trabajador social de la Agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) debe asegurarse de que se llene el formulario.

**Instrucciones: En el caso de las colocaciones iniciales** después de la remoción del menor/joven de su hogar, o en los cambios de colocación de emergencia, los nuevos cuidadores reciben al momento de la colocación una copia del formulario junto con el *Reporte de antecedentes sexuales de un menor (Anexo A)*, con las áreas sombreadas completadas. El formulario y el Anexo A deben ser actualizados con cualquier información adicional obtenida y deben entregársele a los cuidadores a más tardar 72 horas después de la colocación. El formulario debe ser firmado por los padres tutelares, por todas las personas en colocaciones no autorizadas, o bien, si se encuentra en el hogar de un pariente, por todos los adultos que residan en el hogar y convivan con el menor sin supervisión. En el caso de operaciones residenciales generales (GRO), el formulario debe ser firmado por el administrador de la operación, el trabajador social del inicio de los servicios sociales (si corresponde) y el administrador del caso. Si algunos de los cuidadores no estuvieran presente al momento de la colocación, el formulario podrá ser firmado y devuelto de manera electrónica. El formulario y el Anexo A, ambos firmados, deberán subirse a One Case en el transcurso de tres días hábiles desde la colocación. El original se archiva bajo la pestaña “Registros de Colocación” en el expediente de la tutela.

**En las colocaciones subsecuentes (que no sean de emergencia)**, el trabajador social y el cuidador actual del menor completan todas las secciones sombreadas del *Reporte de antecedentes sexuales de un menor (Anexo A)* como se indica en las instrucciones a partir de la página 15, y el trabajador social le entregará una copia al nuevo cuidador al momento de la colocación. El formulario debe ser firmado por los padres tutelares, o bien, si se encuentra en el hogar de un pariente, por todos los adultos que residan en el hogar y convivan sin supervisión con el menor. En el caso de operaciones residenciales generales (GRO), el formulario debe ser firmado por el administrador de la operación, el trabajador social del inicio de los servicios sociales (si corresponde) y el administrador del caso. Si algunos de los cuidadores no estuvieran presente al momento de la colocación, el formulario podrá ser firmado y devuelto de manera electrónica. El formulario y el Anexo A, ambos firmados, deberán subirse a One Case en el transcurso de tres días hábiles. El original se archiva bajo la pestaña “Registros de Colocación” en el expediente de la tutela.

**Colocación Inicial después del retiro del menor de su hogar**  **Colocación subsecuente**

**Nota: En el caso de colocaciones en hogares adoptivos y temporales (FAD), este formulario también sirve como Plan de Servicio Preliminar y como parte de la Evaluación de Admisión.**

Cuidador: En colocaciones iniciales después de la remoción de un menor de su hogar, al menor se le deberá hacer una revisión médica conforme al Programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps) dentro de los 30 días siguientes, y se programará una revisión dental dentro de los siguientes 30 días para hacerse en los próximos 60 días. Llame al **1-866-912-6283 para programar las revisiones de Health Steps de Texas.** Lleve este documento con usted a la cita.

Nota: **El contrato de cuidado infantil residencial requiere que el administrador de una GRO se asegure de que todas las personas que tengan la responsabilidad de cuidar de un menor estén conscientes de sus necesidades y de sus antecedentes sexuales como se encuentran señalados en este documento y en el *Reporte de antecedentes sexuales de un menor (Anexo A).***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | Edad: | | |
| Objetivo principal de permanencia actual: | | | | | | | | | | | | | | | Situación legal: | | | | | | | | | | | | Religión: | | | | |
| Nivel de servicio autorizado para el menor (si procede): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paquete de servicios seleccionado para los menores (si procede): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| la trabajadora social | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del trabajador social: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Especialista de permanencia local: | | | | | | | | | | | | | | | Especialista de permanencia local: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otorgante principal de consentimiento médico: | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del otorgante principal de consentimiento médico: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otorgante secundario de consentimiento médico: | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del otorgante secundario de consentimiento médico: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de decisiones educativas: | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del responsable de decisiones educativas: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONVERSACIÓN CON LA PERSONA QUE SE HARÁ CARGO DEL CUIDADO DEL MENOR**  **(Al momento de la colocación, los temas de esta sección deben analizarse con el nuevo cuidador.**  **El trabajador social debe anotar la fecha y sus iniciales en esta sección para confirmar que esa tarea se hizo al momento de la colocación).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Necesidades inmediatas**  **Para todos los tipos de colocación (sección completada por el trabajador social):**  ¿El menor o joven muestra alguno de los siguientes comportamientos: aislamiento social, acoso, búsqueda de venganza, mentiras, robos, destrucción voluntaria de la propiedad, culpa a terceros, impulsividad, autolesiones, consumo de drogas o alcohol, crueldad con los animales y juego con fuego?  Sí  No  En caso afirmativo, describa los comportamientos, así como los servicios y apoyos necesarios, para tratar esos comportamientos:  ¿El menor tiene necesidades inmediatas (p. ej., médicas, de escuela, guardería, o vestimenta) previstas dentro de las 72 horas de la admisión?  ¿Cuál es el plan para satisfacer estas necesidades?  ¿Quién es responsable de satisfacer estas necesidades? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes como víctima de abuso sexual, de problemas de comportamiento sexual o de agresión sexual**  **Toda la información relativa al problema de conducta sexual de un menor/joven, antecedentes como víctima de abuso, tráfico o agresión sexual se documenta en el *Reporte de antecedentes sexuales de un menor (Anexo A)*. El cuidador y el trabajador social deben firmar el Anexo “A” para declarar que han revisado y recibido o entregado el documento. En hogares tutelares, esto incluye a todos los padres tutelares. Para hogares de parientes, esto incluye a todos los adultos que convivan sin supervisión con el menor/joven en el hogar. En el caso de una colocación en operaciones generales residenciales, este formulario debe ser firmado por el administrador de la operación, el personal de admisiones (si corresponde) y el administrador del caso. Los trabajadores sociales deben asegurarse de que este documento sea revisado con todas las personas a cargo del cuidado que no estén presentes al momento de la colocación y de obtener su firma en el formulario en el transcurso de tres días hábiles. Las demás firmas requeridas en el formulario pueden escanearse y enviarse por correo electrónico.**  **El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) requiere que todos los cuidadores le notifiquen a cualquier otro cuidador alterno o temporal (p. ej., hospital médico o psiquiátrico, centro correccional para jóvenes o proveedor de servicios de atención de relevo) de los antecedentes de agresión o abuso sexual del menor que estén señalados en el Anexo “A” del resumen de la colocación (formulario 2279).**  **Es responsabilidad de la persona a cargo del cuidado de un menor asegurarse de que toda persona cuyas responsabilidades diarias incluyan el cuidado directo, la supervisión, la orientación y la protección de un menor o joven bajo cuidado esté al tanto de los antecedentes de agresión o abuso sexual del menor y entienda cómo debe supervisar adecuadamente al menor para garantizar la seguridad, la salud y el bienestar, tanto del menor como de los demás.**  **La persona a cargo del cuidado, ya sea alterna o con ausencia temporal, debe entender la naturaleza confidencial de esta información y comprometerse a no divulgarla, salvo en la medida necesaria para proteger la seguridad, la salud y el bienestar de un menor.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Necesidades especiales**  Señale todas las necesidades especiales que tenga el menor o joven (como aquellas relacionadas con medicamentos, atención médica, dieta, atención psiquiátrica, cómo comunicarse con el menor, y sistemas de recompensas).  ¿Cómo se satisfarán estas necesidades?  ¿Quién es responsable de satisfacer estas necesidades? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Visitas**  En el caso de una separación inicial, todo menor/joven debe tener una visita con sus padres (siempre que tengan derecho a la posesión) en un plazo no superior a 5 (cinco) días a partir de que el Departamento sea nombrado tutor administrativo provisional (TMC) a menos de que haya una excepción.  ¿Se cumplen las condiciones para una excepción?  En caso afirmativo, ¿cuál es la excepción?  En caso negativo, ¿quién está coordinando la visita? (Para conocer los detalles de las visitas, vea el “Plan o Calendario de Visitas”).  Fecha       Inicial  En el caso de una colocación subsecuente:  ¿Cuándo es la próxima visita programada (fecha y hora)?       ¿Con quién?       Lugar:  Fecha       Inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTACTO CON FAMILIARES, PARIENTES FICTICIOS Y AMIGOS**  **(El contacto con los padres se documenta en el “Plan o calendario de visitas”)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cómo se facilitan las visitas en persona? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas con las cuales el menor puede tener contacto.  Marque todas las formas de acceso que sean apropiadas para cada persona nombrada. Indique los nombres y el tipo de contacto, aun si no tiene la información de contacto. No incluya al personal del DFPS, el abogado *ad litem*, al tutor *ad litem* ni los representantes de CASA. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | **Parentesco** | | | | | **Teléfono** | | | | | | **Correo electrónico** | | | | | | | **Dirección** | | | | | **Obsequios** | | | **Acceso no supervisado** | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Personas a quienes se prohíbe mantener contacto con el menor o joven, o a quienes se les prohíbe retirarse con el menor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Existe algún problema especial con respecto a las relaciones con los familiares inmediatos y externos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CITAS PROGRAMADAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Juzgado: | | | | | | | | | | | | | | | | FGDM/COS/PC/TPM: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visita inicial de los padres con el menor: | | | | | | | | | | | | | | | | Otra: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación de las Fortalezas y Necesidades de Niños y Adolescentes (CANS): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | | | | | Nombre e información de contacto del proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se debe realizar una CANS dentro de los 30 días siguientes a la separación de menores de 3 a 17 años. Si no se ha completado una CANS o no se ha hecho una cita, póngase en contacto con STAR Health para obtener asistencia a fin de programar una cita o encontrar un proveedor. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **La información usada para completar este formulario se obtuvo de:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El menor  Sí  No | | | | | | | | La persona actual que se hace cargo del cuidado del menor  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | Otra persona  Sí  No | | | | | | | |
| Si el menor estuvo en una colocación contratada, ¿la encargada del caso recibirá una copia del resumen del alta y de los anexos de la agencia?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿La persona que se hará cargo del cuidado puede ponerse en contacto con la persona que cuida actualmente al menor en caso de que surjan preguntas?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál es el método de contacto preferido? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESCUELA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la escuela: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | | |
| Grado: | | | | | Último proceso de Admisión, Revisión y Retiro (ARD): | | | | | | Fecha de retiro: | | | | | | | | Retirado por: | | | | | | | | | | | | |
| El menor es elegible para ser derivado a:  Intervención de Primera Infancia (ECI)  Early Head Start  Head Start  Programa Preescolar para Niños con Discapacidades (PPCD)  Programa Preliminar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Este menor o joven recibe actualmente los siguientes servicios escolares:  Educación especial  Servicios auxiliares o relacionados (terapia del habla, terapia física, terapia ocupacional)  Adaptaciones según el Artículo 504  Respuesta a intervenciones (RTI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El menor tiene un:  Plan de graduación personal (secundario)  Sí  No  Plan de transición escolar  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividades extracurriculares (enumerar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los antecedentes educativos se recibieron de la persona a cargo del cuidado del menor y fueron revisados:  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quiénes son los padres sustitutos para la toma de decisiones educativas especiales (si se requieren)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades educativas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se necesitan materiales escolares?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿quién es responsable de proveerlos? | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha en que serán provistos: | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay necesidades educativas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATENCIÓN MÉDICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del médico de atención primaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | |
| Fecha de la última visita al médico de cabecera: | | | | | | | | | | | | | | | | Alergias conocidas: | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor/joven tiene algún padecimiento médico? (Indique si es agudo o crónico). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Información sobre futuras citas/seguimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor/joven recibe algún servicio médico en el hogar? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿qué servicios se proveen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, nombre e información de contacto del proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven cuenta con equipos o suministros médicos especiales (p. ej., cama médica, suministros para la diabetes)?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, enumerar artículos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven visita a algún especialista?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, nombre e información de contacto del proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se proporcionó un registro de vacunación?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Está al día?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven tiene alguna necesidad específica en cuanto a su dieta?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, enumere las necesidades especiales en cuanto a su dieta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades médicas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay necesidades médicas adicionales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *La primera revisión médica del programa Health Steps de Texas debe hacerse dentro de los 30 días de la separación, a menos de que se trate de un menor recién nacido, en cuyo caso será entre los 3 y 5 días y las primeras 1 o 2 semanas de vida. Las revisiones médicas subsecuentes deben hacerse según lo establecido en el esquema de periodicidad del Programa Pasos Sanos de Texas.*  ***En el caso de menores con necesidades médicas primarias, el trabajador social debe notificarle al especialista de bienestar en el transcurso de 24 horas a fin de solicitar la asignación de personal para las necesidades médicas primarias antes de la colocación.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTOS ACTUALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamento** | | | **Profesional que expide la receta** | | | | | | | | | **Dosis** | | **Frecuencia** | | | | | | **Instrucciones especiales** | | | | | **Fecha del último surtido** | | | | | **Motivo del medicamento** | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| **Medicamentos de venta libre o suplementos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento o suplemento | | | | Dosis | | | | | | Frecuencia | | | | | | | Instrucciones especiales | | | | | | Fecha en que se retiró por última vez | | | | | | Motivo para tomar el medicamento o suplemento | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| **DISCIPLINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Métodos disciplinarios del cuidador  El cuidador informa que emplea las siguientes técnicas disciplinarias en este hogar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El cuidador recibió instrucciones de **que no** se pueden usar castigos corporales en ningún menor bajo la tutela del DFPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Técnicas para reducir la tensión preferidas por el menor  El menor reportó que las siguientes son técnicas eficaces para reducir emociones fuertes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N/A debido a que el menor o joven no habla o no tiene la capacidad cognitiva para responder. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Para este menor o joven se recomiendan las siguientes técnicas o recursos de control conductual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Uso de restricciones físicas  No se permite el uso de restricciones para ningún menor colocado bajo el cuidado del DFPS, ya sea en un hogar tutelar, adoptivo o de un pariente que se hace cargo de su cuidado, a excepción de restricciones personales breves en circunstancias limitadas, según lo establecido en la Política de Disciplina del DFPS (Formulario 2410). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ORIENTACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para colocaciones en FAD y con parientes:**  Discuta los temas indicados a continuación. Que el cuidador le explique al menor/joven las reglas o prácticas específicas del hogar de acuerdo con su nivel de funcionamiento y comprensión, incluida la manera en que se aplican al menor/joven. Los bebés y los niños pequeños están exentos de la orientación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para colocaciones contratadas del DFPS (RTC, GRO, agencias de colocación infantil [CPA] privadas):**  Discuta los siguientes temas con el menor/joven y el cuidador Pídale al cuidador que explique las políticas o prácticas pertinentes del hogar o de la CPA privada u otra entidad contratada, y obtenga la firma de dicha persona en el formulario. Si es posible, lleve a cabo esta orientación junto con la orientación que el proveedor contratado para la colocación o cuidador deben hacer. Para facilitar esta tarea, el trabajador social de CPS invita al proveedor contratado para la colocación, al cuidador o al miembro del personal a hablar sobre los requisitos del programa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Temas y políticas discutidas**  N/A debido a que el menor no habla o no tiene la capacidad cognitiva para comprender  Preferencia religiosa del menor o de la familia biológica  Programas y prácticas religiosos  Antecedentes educativos en CPS  Viajes a destinos fuera del hogar de la persona a cargo del cuidado  Expectativas y reglas del programa *(N/A para FAD)*  Procedimientos de queja (línea directa para denunciar un abuso, maltrato o negligencia: 1-800-252-5400, u Oficina de Asuntos del Consumidor: 1-800-720-7777)  Servicios médicos (Star Health, 1-866-912-6283)  Declaración de derechos del menor; utilice el formulario 2530. Se le dio una copia al menor. Si el menor/joven puede firmar, debe archivarse una copia firmada en su expediente. Si el joven tiene 16 años o más, se aplican derechos adicionales (formulario 2092), lo cual incluye solicitar aprobación al tribunal para poder otorgar consentimiento médico para sí mismo.  Explique cualquier tema no incluido en la orientación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son los intereses, habilidades, y fortalezas del menor o joven? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa la interacción social del menor o joven en la actualidad (incluya amigos, frecuencia de contacto, actividades y organizaciones, y participación en la iglesia). Incluya la dirección y los horarios de las actividades: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si es apropiado para la edad, describa la interacción social del menor o joven en cuanto a citas o relaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven tiene acceso a un teléfono o computadora? Si es así, ¿con qué frecuencia se le permite usar el teléfono o la computadora? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para continuar satisfaciendo sus necesidades de socialización con sus compañeros, actividades y organizaciones? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay otras necesidades sociales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven tiene algún retraso del desarrollo?  Sí  No  En caso afirmativo, explique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven tiene alguna enfermedad mental o conductual?  Sí  No  En caso afirmativo, explique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven muestra alguna conducta que podría plantear una amenaza para sí mismo o para los demás?  Sí  No  En caso afirmativo, explique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay alguna instrucción especial para ayudar al menor o joven a controlar su comportamiento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven tiene un trastorno por farmacodependencia?  Sí  No  En caso afirmativo, enumere las sustancias que consume actualmente o que ha consumido en el pasado:    Si es así, explique qué servicios está recibiendo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemas especiales que la persona que se hará cargo del cuidado debe conocer (incluya información acerca de situaciones que desencadenan respuestas emocionales significativas y estrategias de intervención satisfactorias): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades de salud conductuales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay alguna otra necesidad de salud conductual? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven visita a un psiquiatra?  Sí  No  En caso afirmativo:  Nombre del psiquiatra:  Dirección:  Teléfono: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la última visita: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se necesita una cita de seguimiento?  Sí  No  En caso afirmativo:  Fecha programada:  Hora:  Lugar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué necesidades se han identificado? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades psiquiátricas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay otras necesidades psiquiátricas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TERAPIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El menor o joven visita a un terapeuta?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué necesidades se han identificado, si las hubo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quién es responsable de satisfacer las necesidades de terapia del menor o joven? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo** | **Nombre** | | | | | | | | **Dirección** | | | | | | | | | | | | **Teléfono** | | | | | **Fecha de la última visita** | | | | | **Próxima cita** |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades terapéuticas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay otras necesidades de terapia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del proveedor de la salud dental:  Dirección:  Teléfono: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la última visita: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de la última cita: | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Qué servicios se prestaron en la última cita? | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se necesita una cita de seguimiento?  Sí  No  En caso afirmativo:  Fecha programada:  Hora:  Ubicación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quién es responsable de satisfacer las necesidades dentales del menor o joven? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si al menor o joven se le está dando de alta del cuidado autorizado, ¿cuál es el plan para satisfacer sus necesidades dentales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay otras necesidades dentales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **La primera revisión dental del programa Health Steps de Texas debe hacerse en el transcurso de 60 días si el menor o joven tiene STAR Health, a menos de que tenga menos de 6 meses de vida. Si el menor tiene menos de 6 meses, la revisión debe hacerse cuando tenga 6 meses (pero antes de los 7 meses).** Las revisiones dentales subsecuentes del programa de salud de Texas deben hacerse cada 6 meses. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en que terminó la colocación actual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo por el cual terminó la colocación actual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| informó al menor o joven sobre el cambio de colocación el       a las       a.m. /p.m. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa brevemente la reacción del menor o joven cuando se le informó del alta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son los logros que alcanzó el menor o joven mientras estuvo en esta colocación? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son las necesidades que el menor o joven continúa teniendo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son las recomendaciones para abordar esas necesidades? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la nueva colocación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERTENENCIAS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los artículos que hayan sido designados como pertenecientes al menor/joven deben irse con él. La ropa que el menor/joven pueda usar debe permanecer con él, lo que incluye artículos que lo protegen contra la intemperie y el clima. Los artículos que hayan sido identificados como pertenecientes al menor/joven al momento de la colocación o que este haya recibido mientras se encontraba en la colocación, incluidos sus obsequios, deben irse con el menor. Algunos ejemplos de estos artículos pueden ser juguetes, equipos deportivos, equipos electrónicos y bicicletas. Los recuerdos, tales como fotografías o cualquier artículo que tenga valor emocional para el menor/joven, también deben irse con él. El trabajador social debe revisar estos artículos con la persona que actualmente se encarga de su cuidado y con el menor/joven antes de que se retire de la colocación. Todos los objetos personales deben transportarse en el equipaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notas sobre las pertenencias, incluido cualquier límite aplicado a las posesiones que el menor/joven pueda tener o no: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si el menor o joven necesita ropa, ¿quién es responsable de obtenerla? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿A más tardar en qué fecha se proveerá la ropa? | | | | | | | | | | | | |
| Se recibió y se revisó el Libro de Vida ({i>Life Book<i})  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OTRAS NECESIDADES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si el menor o joven tiene otras necesidades no abordadas específicamente en otras áreas de este formulario, indíquelas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es el plan para satisfacer la necesidad identificada y quién es responsable de satisfacerla? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cualquier incidente no resuelto o investigación que involucre al menor o joven (si corresponde): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los documentos marcados fueron entregados al momento de la colocación:  1.  Autorización de Colocación correspondiente, formulario 2085;  2.  Designación de Otorgante de Consentimiento Médico, si es aplicable a la persona que se hará cargo del cuidado del menor;  3.  Designación del Responsable de las Decisiones Educativas, formulario 2085-E, si es aplicable a la persona que se hará cargo del cuidado del menor;  4.  Reporte de Antecedentes Sexuales de un Menor (Anexo A). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Todos los demás artículos se proveerán a más tardar dentro de las 72 horas siguientes a la colocación, según resulte apropiado para la colocación inicial y las subsecuentes:  5.  Inventario actualizado de ropa y artículos personales;  6.  Plan o Calendario de visitas;  7.  Plan de visitas, Contacto y Restricciones, formulario 2655, si este es un FAD;  8.  Política de Disciplina, formulario 2410;  9.  Información de antecedentes del menor o joven, incluidas las notas de los últimos 60 días, si corresponde;  10.  Evaluaciones que se le hayan realizado al menor o joven, como la evaluación de diagnóstico, evaluación educativa, evaluación neurológica y evaluación psiquiátrica o psicológica;  11.  Planes de servicio del menor/joven y cualquier plan de tratamiento *(si corresponde)* de los últimos 12 meses (debe completarse una revisión de su plan de servicio dentro de los 30 días de la nueva colocación si alguna necesidad ha cambiado);  12.  Cualquier incidente no resuelto o investigación que involucre al menor, *si corresponde*:  13.  Formulario de Verificación de Guardería de la Persona a cargo del cuidado del menor (K-908-1809);  14.  Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) de ECI;  15.  Tarjeta de Medicaid, tarjeta de identificación de STAR Health y otros documentos médicos; y acceso al Pasaporte de Salud del otorgante de consentimiento médico (fostercaretx.com);  16.  Copia de los antecedentes médicos y de desarrollo del menor o joven (incluidos en IMPACT);  17.  Acta de nacimiento;  18.  Registro de vacunación;  19.  Licencia de conducir o identificación estatal (si procede)  20.  Pasaporte o visa (si corresponde);  21.  Cartilla militar (si corresponde);  22.  Credencial escolar (si corresponde);  23.  Expediente académico;  24.  Tarjeta del Seguro Social;  25.  Otro; enumere los documentos adicionales proporcionados: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El DFPS valora su privacidad. Si desea más información, lea nuestra [política de privacidad](http://www.dfps.state.tx.us/policies/privacy.asp). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Al firmar se reconoce que se hablaron de los puntos que debían tratarse al momento de la colocación y que las personas a cargo del cuidado y los miembros adultos del hogar recibieron el Resumen de la Colocación. Toda información faltante que pueda obtenerse se agregará al formulario y se enviará dentro de las 72 horas de la colocación.**  **Los cuidadores que firman este formulario reconocen estar al tanto de los antecedentes sexuales del menor/joven en este formulario y en el *Reporte de antecedentes sexuales del menor (Anexo A)*. Los cuidadores que firman este formulario también están de acuerdo en completar cualquier entrenamiento necesario relacionado con la victimización sexual, un problema de conducta o agresión sexual.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La información sobre el cuidado actual se obtuvo de: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menor:  X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma: | | | | | | | | | | | | | |
| Persona que actualmente se hace cargo del cuidado:  X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma: | | | | | | | | | | | | | |
| El trabajador social revisó la información con el cuidador: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona que se hará cargo del cuidado: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Persona que se hará cargo del cuidado: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | |
| Otro adulto miembro del hogar: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Otro adulto miembro del hogar: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | |
| Otro adulto miembro del hogar: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Otro adulto miembro del hogar: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | |
| Otro adulto miembro del hogar: Fecha de firma:    X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Administrador del caso que recibe: Fecha de firma:  X | | | | | | | | | | | | | |
| Administrador de la GRO: Fecha de firma:  X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Personal de admisión o de inicio de los servicios sociales de custodia: Fecha de firma:  X | | | | | | | | | | | | | |
| Encargada del caso del DFPS:  X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma: | | | | | | | | | | | | | |
| **Para colocación en FAD del DFPS únicamente:**  Si esta es una colocación subsecuente, ¿las necesidades del menor o joven han cambiado desde la última colocación?  Sí  No  ¿Requiere este cambio de colocación una actualización del plan de servicio del menor o joven?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personal administrativo de la colocación del menor (CPMS):  X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de firma: | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en que se entregó o envió una copia de este documento a la persona a cargo del cuidado del menor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Definiciones**

## Víctima confirmada (de abuso sexual), identificada como una o más de las siguientes:

* Razón para Creer (RTB) en el abuso sexual, determinada por el área de Investigaciones de Protección Infantil (CPI) o de Investigaciones de Cuidado Infantil Residencial (RCCI) del DFPS, incluso si se desconoce al responsable.
* Designación como una víctima confirmada de tráfico sexual, conforme a la página de trata de personas de IMPACT.
* Confirmada por el DFPS como una víctima de agresión sexual infantil.
* Sentencia penal por un cargo relacionado con el abuso sexual de un menor.
* Información de otro sistema de bienestar estatal, acusación confirmada (equivalente a una RTB).
* Investigaciones de las Normas de Autorización de Cuidado Infantil Residencial (RCCL) en las que se confirma la victimización.

## Víctima no confirmada (de abuso sexual), identificada por medio de otra información que indica antecedentes de victimización, incluyendo, entre otras:

* Designación como una sospecha de víctima de tráfico sexual, conforme a la página de Trata de Personas de IMPACT.
* Información de otro sistema de bienestar estatal, no confirmado (la acusación no se desestimó ni se demostró).
* Las investigaciones estándar de RCCL en las que se afirma la victimización o en las que se reunió información y la acusación no se desestimó ni se demostró.
* Las investigaciones de CPI o de RCCI del DFPS en las que se afirma la victimización, o en las que se reunió información y la acusación no se desestimó ni se demostró.
* Incidentes (fuera de la jurisdicción del DFPS) que están siendo investigados por otra entidad.
* Incidentes (fuera de la jurisdicción del DFPS) que no se están procesando satisfactoriamente.

## MENOR

“Menor” significará un menor o joven bajo la tutela del DFPS.

## [PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL](https://www.dfps.texas.gov/handbooks/CPS/Resource_Guides/Sexual_Incident.pdf)

Un problema de comportamiento sexual es cuando un menor realiza actividades o acciones sexuales que están fuera del rango de aquellas que son apropiadas para su edad.

## [COMPORTAMIENTO SEXUALMENTE AGRESIVO](https://www.dfps.texas.gov/handbooks/CPS/Resource_Guides/Sexual_Incident.pdf)

Un comportamiento sexualmente agresivo ocurre cuando un menor se aprovecha de otra persona menos fuerte, por medio de la seducción, la coerción, y/o el uso de la fuerza.

* Menos fuerte: Diferencias en el nivel de desarrollo, estatura física, capacidad cognitiva, y/ habilidades sociales.
* Seducción: El uso del encanto, la manipulación, las promesas, los obsequios, y los halagos para inducir a una persona a participar en un comportamiento sexual.
* Coerción: El aprovechamiento de la autoridad o el uso de sobornos, amenazas, amenazas con el uso de la fuerza, y/o la intimidación para obtener cooperación o cumplimiento.
* Uso de la fuerza: Amenaza o uso de lesiones físicas o emocionales hacia una persona, y/o hacia alguien y/o algo apreciado por esa persona.

**La orientación sexual o la identidad de género no son indicadores de problemas de comportamiento ni agresividad sexual.**

**CUIDADOR**

Las personas a cargo del cuidado en los hogares tutelares son todos los padres tutelares en el hogar.

Las personas a cargo del cuidado en hogares de parientes son todos los adultos que residen en el hogar y conviven sin supervisión con el menor.

Las personas a cargo del cuidado en una GRO comprenden al administrador de la operación, al personal de admisión o encargado del inicio de los servicios sociales (si corresponde), y al administrador del caso del menor.

**INSTRUCCIONES**

**¿Cuándo usar este formulario?**

Este formulario debe completarse cada vez que se coloque a un menor.

Para las personas a cargo del cuidado, el formulario se encuentra en el siguiente sitio

<https://www.dfps.texas.gov/site_map/forms.asp>.

Para el personal de CPS, el formulario se encuentra en la pestaña de formularios de la intranet.

**Tipo de colocación**

**Colocación inicial después del retiro del menor de su hogar**

Cuando la colocación es al momento del retiro del menor

El trabajador social de CPS debe llenar todas las secciones de acuerdo con la información conocida al momento de la colocación y el Anexo A, y deben ser actualizadas en el transcurso de 72 horas con cualquier información adicional no conocida al momento de la colocación.

**Colocaciones subsecuentes**

Cuando el menor tiene un cambio de colocación

El cuidador actual debe llenar todas las secciones a excepción de las indicadas a continuación.

El trabajador social es responsable de completar lo siguiente:

* Sección sobre Discusión con la persona que se hará cargo del cuidado del menor. **El trabajador social** responderá las preguntas **2 y 3** bajo Necesidades inmediatas; y las preguntas **2 y 3** bajo Necesidades especiales; y anotará sus iniciales y la fecha en esta sección para indicar que se habló de esto con la persona que se hará cargo del cuidado.
* Sección sobre Disciplina. **El trabajador social responderá las preguntas 1, 2 y 4** según lo conversado con la persona que se hará cargo del cuidado y el menor.
* Sección sobre Orientación. Debe ser completada por **el trabajador social** y discutida con la persona que se hará cargo del cuidado y con el menor.
* Sección sobre Pertenencias. **El trabajador social responderá las preguntas 2 y 3.**
* Sección sobre documentos. Al momento de la colocación, **el trabajador social verificará** todos los documentos entregados a la persona que se hará cargo del cuidado.

**Colocaciones sin carácter de emergencia**

En el caso de una colocación inicial después de que el menor sea retirado de su hogar, el trabajador social debe completar las áreas sombreadas del formulario y entregarle al nuevo cuidador tanto este documento como el Anexo A al momento de la colocación del menor. Una copia actualizada de este formulario deberá ser enviada al nuevo cuidador en el transcurso de 72 horas con cualquier información actualizada o completada.

Al momento del alta, el cuidador actual debe completar todas las secciones no sombreadas (a excepción de los puntos que el trabajador social debe revisar con el nuevo cuidador).

**Colocación de emergencia**

El trabajador social debe completar las áreas sombreadas del formulario y entregarle el nuevo cuidador tanto este documento como el Anexo A al momento de la colocación del menor. Toda la información faltante debe añadirse al formulario y entregarse al nuevo cuidador en el transcurso de 72 horas.

**Secciones**

**Información sobre el menor/ Necesidades y visitas**

Esta es la información básica sobre el menor y debe completarse tan íntegramente como sea posible.

Responda las preguntas sobre las necesidades inmediatas o especiales, y las visitas.

El trabajador social debe revisar esta sección con el nuevo cuidador y anotar sus iniciales para indicar que esta tarea se llevó a cabo.

**Contacto con familiares, parientes ficticios y amigos**

Enumere a las personas que pueden tener contacto con el menor e indique la relación o parentesco con este, su información de contacto, si el menor puede recibir obsequios de esas personas y si se ha aprobado la convivencia no supervisada.

Responda las dos preguntas incluidas debajo de la tabla, referidas a quienes no pueden tener contacto y a los problemas especiales con respecto a las relaciones familiares.

**Citas programadas**

Indique las fechas, horarios y lugares de cualquier audiencia próxima en el tribunal, reunión de planificación de permanencia y visita, y conteste las preguntas a continuación.

**Escuela**

Complete la sección correspondiente a la escuela. Responda todas las preguntas y marque todas las casillas que se apliquen al menor.

**Información médica**

Complete la información correspondiente al médico de cabecera y dé información con respecto a toda cita programada.

Refiérase a cualquier servicio médico que se reciba en el hogar, vacunas y necesidades alimenticias, e indique cualquier necesidad médica adicional.

Indique la fecha, hora, y lugar de cualquier cita médica programada.

**Medicamentos actuales**

Complete la lista de medicamentos e indique el nombre del profesional que expidió la receta, la dosis, la frecuencia, las instrucciones, la fecha del último surtido y el motivo del medicamento.

Incluya los medicamentos de venta libre.

**Disciplina**

Esta sección debe ser completada por la encargada del caso junto con la persona que se hará cargo del cuidado del menor al momento de la colocación.

Para colocaciones subsecuentes, la persona que actualmente se hace cargo del cuidado responde la pregunta 3 (...técnicas o recursos de control conductual recomendados).

**Orientación**

Debe ser completada por el trabajador social en conversación con el nuevo cuidador y el menor. El nuevo cuidador y el trabajador social (si se trata de un FAD o de parientes) deben tratar los temas enumerados con el menor al momento de la colocación. Sin embargo, si la situación es tal que el menor no puede participar adecuadamente en la orientación en ese momento (p. ej., en la mitad de la noche o si el menor está muy molesto), el trabajador social y el cuidador deben completar esta tarea con el menor a más tardar dentro de las 72 horas de la colocación.

**Social**

Responda las preguntas que ofrezcan información general sobre aspectos sociales con respecto al menor y dé detalles sobre las personas con quienes socializa el menor y las actividades de las cuales disfruta.

**Salud mental y conductual**

Marque las casillas y explique cuando corresponda.

Aborde minuciosamente cómo ayudar al menor a controlar su conducta y si existen situaciones que desencadenan una fuerte respuesta emocional en el menor.

Identifique alguna otra necesidad de la salud mental o conductual, si la hubiera.

**Servicios psiquiátricos**

Si el menor visita a un psiquiatra, dé información con respecto al profesional, cuándo fue la última cita, y si hay otras necesidades psiquiátricas.

Indique la fecha, hora y lugar de cualquier cita psiquiátrica programada.

**Terapia**

Si el menor ve a un terapeuta, señale el tipo de terapia, nombre del proveedor, dirección, teléfono, fecha de la última y la próxima cita.

**Información dental**

Responda todas las preguntas e indique la información del proveedor y la información dental del menor.

Indique la fecha, hora, y lugar de cualquier cita dental programada.

**Alta**

Debe ser completada por el cuidador actual para las colocaciones subsecuentes.

Responda las preguntas y destaque los logros del menor mientras estuvo en la colocación actual.

**Pertenencias personales**

El cuidador actual se asegura de que las pertenencias del menor, tal como se explica en esta sección, sigan al menor a su próxima colocación.

Verifique si se recibió y se revisó el libro de vida.

El trabajador social deberá revisar los diferentes puntos de esta sección.

**Otras necesidades**

Indique cualquier otra necesidad no abordada en otras áreas de este formulario.

**Más instrucciones con respecto a colocaciones subsecuentes**

Se debe completar el formulario y entregárselo al trabajador social, ya sea antes o al mismo tiempo en que el menor sea recogido de una colocación para ser trasladado a otra.

**Más instrucciones con respecto al expediente escolar:**

Debe obtenerse el expediente escolar actual. Deben incluirse copias en el expediente académico, y debe mantenerse una copia en el expediente del caso. La información debe actualizarse en el sistema IMPACT dentro de 7 días. El trabajador debe trabajar junto a la escuela para asegurarse de que se haya transferido el expediente escolar a más tardar 10 día habiles después de la transferencia. El formulario 2085-E, Responsable de las Decisiones Educativas, debe ser proporcionado a la persona que se hará cargo del cuidado del menor, a todas las partes correspondientes, a la escuela, y al tribunal, a más tardar 5 días después de la audiencia de partes o para demostrar que existe causa suficiente, y dentro de los 5 días de cualquier cambio subsecuente del responsable de las decisiones educativas o los padres sustitutos.

**Más instrucciones con respecto a los otorgantes de consentimiento médico**

En caso de cambiar el otorgante de consentimiento médico, se le debe entregar al tribunal el formulario 2096, *Notificación con respecto al consentimiento para atención médica*, en el transcurso de 5 días hábiles. La información sobre el otorgante de consentimiento médico y la colocación también debe ser actualizada en el sistema IMPACT el mismo día o a más tardar a las 7:00 p. m. del día siguiente. Expida los formularios 2085-B y coordine con el otorgante de consentimiento médico para seleccionar un médico de cabecera.

**Firmas**

Las firmas del menor, de los nuevos cuidadores, de los demás adultos miembros del hogar y del trabajador social ratifican la discusión de los temas tratados al momento de la colocación. Solo cuando el menor tenga la capacidad cognitiva para comprender el propósito del documento tendrá también la obligación de firmarlo.

En un hogar tutelar deben firmar todos los padres tutelares. En los hogares de parientes deben firmar todos los adultos que vivan en el hogar y que convivan sin supervisión con el menor.

En una GRO deben firmar el administrador de la operación, el encargado del inicio de los servicios sociales (si corresponde) y el administrador del caso.

Si un cuidador no está presente al momento de la colocación, el trabajador social deberá asegurarse de que la información se comparta con los demás cuidadores correspondientes, y de obtener la firma faltante en un plazo de tres días hábiles. Las firmas pueden obtenerse de manera electrónica.

Los cuidadores que firman el documento son responsables de asegurar que toda la información relacionada con los antecedentes sexuales del menor indicados en este formulario y en el *Reporte de antecedentes sexuales de un menor* *(Anexo A)* se les entregue a todos los demás cuidadores o a quienes necesiten dicha información para garantizar la seguridad del menor y de los demás niños.

**Copias**

Una vez llenado el formulario, se les entregará a los nuevos cuidadores una copia de este documento y del Anexo “A”, ambos firmados, y se subirán a OneCase.