

REGISTRO MENSUAL DE CONTACTOS DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

(Para todas las colocaciones fuera del hogar)

DATOS DEMOGRÁFICOS – completar con antelación, si es posible **Nombre de la agencia** _____

Fecha de visita: ___ / ___ / _____

Lugar: Donde vive el niño Otro lugar

Tipo de colocación: Régimen de acogida Régimen de acogida terapéutico Régimen de acogida especializado
 Cuidado en familia de origen Entorno residencial

Tipo de proveedor: Hogar de acogida de tipo familiar Hogar comunitario Fuera del estado Tratamiento residencial
 Otros _____

Niño o grupo de hermanos que recibe la visita. Marque la casilla si el niño participó en la conversación de hoy.

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____ Plan permanente _____

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____ Plan permanente _____

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____ Plan permanente _____

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____ Plan permanente _____

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____ Plan permanente _____

Otros niños en el hogar. Mencione únicamente el sexo, la edad y la condición (adopción, nacimiento, régimen de acogida, otro).

N/C (el niño se encuentra en un hogar comunitario/entorno residencial)

Nombre de los progenitores de acogida/familiares a cargo del niño: _____ _____

Marque la casilla junto al nombre del progenitor o familiar si este participó en la conversación de hoy.

Nombre de los proveedores de atención directa (si la colocación es en un hogar comunitario/entorno residencial):

_____ _____ _____

Marque la casilla junto al nombre del proveedor o familiar si este participó en la conversación de hoy.

Nombres de otros adultos que viven en el hogar: _____

N/C (la colocación es en un hogar comunitario/entorno residencial)

1. Entorno de colocación

• Cambios en el hogar

Colocación en hogar de acogida/con familiares: ¿Se está proporcionando un nuevo tipo de cuidado infantil?
¿Mascota nueva? ¿Remodelación? ¿Nuevo trabajo o situación económica?

¿Alguna persona nueva se ha mudado a la casa, está viviendo allí temporalmente o pasa la mayor parte de su tiempo allí? ¿Alguien ha abandonado el hogar?

Colocación en hogar comunitario/entorno residencial: ¿Vive alguien nuevo en el hogar comunitario/entorno residencial? ¿Han cambiado los cuidadores? ¿Cómo ha afectado esto a los niños que se encuentran en el hogar comunitario/entorno residencial?

• Relaciones con el proveedor de colocación

¿Cuál es la relación entre los proveedores de colocación y los niños en el hogar? ¿Y entre los niños y demás adultos del hogar? ¿Y entre proveedores? ¿Cuál es la mayor fuente de conflicto en la colocación? ¿Cómo se resuelven los problemas?

REGISTRO MENSUAL DE CONTACTOS DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

(Para todas las colocaciones fuera del hogar)

2. Bienestar del proveedor de colocación

- **Ayuda social y servicios de relevo** N/C (el niño se encuentra en un hogar comunitario/entorno residencial)
¿A quién recurre la familia de acogida/familia de origen a cargo del niño para buscar ayuda y consejos: a los amigos, miembros de la familia ampliada, compañeros de trabajo, iglesia, escuela? ¿Cuál es el plan para garantizar que la familia/el niño obtenga servicios de relevo cuando los necesite?
- **Servicios y capacitación**
¿Qué recursos/referidos se necesitan para los miembros de la colocación (por ejemplo, cuidado infantil, etc.)? ¿Qué habilidad les resultaría útil adquirir/adoptar a los proveedores de colocación o al niño en este momento?
- **Crianza compartida**
¿Qué tipo de crianza compartida se ha implementado? ¿El proveedor de colocación necesita ayuda con respecto a la crianza compartida?
- **Salud física y mental** N/C (el niño se encuentra en un hogar comunitario/entorno residencial)
¿Cuáles son las necesidades de los miembros del hogar de acogida o de la familia de origen a cargo del niño en materia de salud física y mental? ¿Se necesitan recursos o referidos? ¿La familia de acogida/familia de origen a cargo del niño tiene algún problema de salud?
- **Relación con la agencia, proceso judicial, plan del niño, próximos eventos**
¿Cómo se podría mejorar la colaboración y la comunicación con la agencia? ¿Qué ha sido útil? ¿Qué información o datos les gustaría recibir a los proveedores de colocación o al niño sobre el proceso judicial, el plan del niño o los próximos eventos? ¿Los proveedores de colocación han asistido a las reuniones del niño y del grupo familiar?

3. Seguridad y supervisión en la colocación

Por ejemplo, ¿el niño se siente seguro en el hogar? ¿Cada niño duerme en una cama individual? ¿Todos los proveedores de colocación respetan la privacidad y los límites correspondientes? ¿Se está imponiendo una disciplina segura y apropiada? ¿Existe un nivel apropiado de supervisión para los niños en el hogar?

4. Estado del niño

- **Comportamiento**
¿Qué aspectos positivos se observan en cuanto al comportamiento del niño? ¿Algún niño muestra comportamientos problemáticos/preocupantes? ¿Qué sienten los proveedores de colocación en cuanto a su capacidad y eficacia para manejar el comportamiento del niño? ¿Qué funciona/no funciona? ¿Cómo se llevan los niños en la convivencia diaria?
- **Escolarización/educación del niño**
¿Cómo le va al niño en la escuela? Considere los problemas sociales y académicos. ¿Qué necesita el niño o qué necesitan los proveedores de colocación para tener mejores resultados? Si corresponde, pregunte sobre las actividades extraescolares, preescolares o de cuidado infantil. ¿El niño ha tenido algún cambio en la escuela? En caso afirmativo, ¿se realizó una Reunión de Determinación de Mejor Interés (Best Interest Determination, BID) antes del cambio en la escuela?

REGISTRO MENSUAL DE CONTACTOS DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

(Para todas las colocaciones fuera del hogar)

• **Estado/necesidades de salud física, dental y mental del niño**

*¿El niño goza de buena salud? ¿El niño tiene necesidades médicas o dentales no cubiertas o no resueltas?
 ¿Los proveedores de colocación han notado algún cambio reciente en el estado de ánimo o el comportamiento del niño?
 ¿El niño o los proveedores de colocación tienen dudas sobre la calidad o frecuencia de los servicios de salud mental?
 En el caso de los jóvenes en régimen de acogida, ¿hay algún problema de salud sexual que se deba abordar?*

• **Medicamento recetados actualmente**

Niño/joven	Medicamentos recetados	Dosis	Médico prescriptor	Efectos secundarios (peso, apetito, estado de alerta u otras afecciones)

Para cada niño/joven mencionado:

¿Hubo algún cambio en los medicamentos recetados? En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo del cambio?

* Si se observan posibles efectos secundarios, se debe solicitar un referido a Gestión de la Atención o un seguimiento con el actual coordinador de atención para una Conciliación de Medicamentos Psicotrópicos en un plazo de 72 horas. Las inquietudes de carácter urgente se deben informar de inmediato al médico prescriptor.

• **Acceso del niño a actividades apropiadas para su edad o nivel de desarrollo, o participación en dichas actividades**

¿Se le han brindado al niño oportunidades frecuentes para participar en actividades apropiadas para su edad o desarrollo, como deportes, excursiones, actividades de organizaciones juveniles, actividades sociales, etc.?

• **Mantenimiento de vínculos con familia biológica, hermanos, familia ampliada y comunidad**

¿El niño tiene inquietudes o necesidades relacionadas con la familia biológica o se reúne con ellos? ¿Cómo responden los proveedores de colocación? ¿Qué hacen los proveedores de colocación para mantener el vínculo entre el niño y la familia biológica, incluida la familia ampliada y los hermanos? ¿Qué funcionó y qué no? ¿Qué ayuda necesitan? ¿El niño cuenta con asistencia social/emocional y vínculos fuera del hogar?

• **Libro de vida**

¿Se ha trabajado con el Libro de vida del niño? Sí No Explique:

*¿Los proveedores de colocación tienen la posibilidad de colaborar en la actualización del Libro de vida del niño?
 ¿Qué ayuda necesitan?*

¿Dedicó tiempo a conversar en privado con el niño? Sí No

Descripción general:

REGISTRO MENSUAL DE CONTACTOS DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

(Para todas las colocaciones fuera del hogar)

Actividades de seguimiento identificadas durante la visita	Persona responsable	Fecha prevista

Representante de la agencia que utiliza esta herramienta:

_____ / ____ / ____
Firma Nombre en letra de imprenta Fecha

Es indispensable que la siguiente persona revise esta herramienta:

Supervisor del representante de la agencia _____ / ____ / ____
Firma Nombre en letra de imprenta Fecha

Se recomienda entregar esta herramienta a las siguientes personas:

Trabajador a cargo de la autorización: _____ / ____ / ____
Nombre en letra de imprenta

Trabajador del DSS para regímenes de acogida: _____ / ____ / ____
Nombre en letra de imprenta

Progenitores de acogida/familiares a cargo: _____ / ____ / ____
Nombre en letra de imprenta

Otro: _____ / ____ / ____
Nombre en letra de imprenta