***Circles of Care***

**Reporte del progreso semanal del niño con necesidades terapéuticas**

Conteste uno de estos reportes, una vez a la semana, por cada niño que tenga bajo su custodia. Entregue este formulario a Circles of Care cada dos semanas. Favor de ser específico y dar detalles. Si necesita más espacio, agregue más hojas.

**Nombre del niño**: **Para la semana de**: **al**

**(I)** Aborde las siguientes áreas. La persona debe poder leer este reporte y tener una idea de lo que significa vivir con el niño, cómo se desenvuelve, cuáles son sus necesidades y cómo se compara con otros niños de la misma edad. El progreso logrado por el niño, o la falta del mismo, también es esencial.

1. **Necesidades básicas, cuidados médicos y dentales** (Discuta el nivel de supervisión, quejas, inquietudes o citas médicas. Problemas en la supervisión o inquietudes sobre necesidades básicas). En caso de que no haya necesidades ni inquietudes, escriba “n/a” o “estuvo saludable esta semana”).

¿Se completó y entregó esta semana algún reporte de servicios profesionales?  Sí  No

1. **Área educativa.** **(**Cómo es el desempeño escolar del niño esta semana con respecto a calificaciones y conducta. Entregue todo tipo de documentación de la escuela, tales como boletines de calificaciones y documentos de educación especial, según corresponda).

1. **Área del desarrollo, habilidades cotidianas y aspecto emocional.** (Manera en que se desempeña el niño en sus responsabilidades cotidianas, tales como que haceres asignados, capacidades de destreza, estados emocionales e información terapéutica**).**

**NUTRICIÓN, HIGIENE Y ASEO PERSONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***APETITO*** | | ***HIGIENE*** | | ***NECESIDADES DE AYUDA EN EL ASEO DIARIO*** | | | |
|  | Es bueno |  | Bueno |  | Es independiente |  | Necesita algo de ayuda en lo siguiente: |
|  | Come poco |  | Regular |  | Es totalmente dependiente |  |
|  | No quiere comer |  | Está mejorando |  | |  | Bañarse |
|  | Come demasiado |  | Mala |  | |  | Ir al baño |
|  | Bebe demasiado |  | Se niega |  | |  | Peinarse |
| ***PROBLEMAS DE EVACUACIÓN*** | | | |  | |  | Cortarse las uñas |
|  | Encopresis |  | Promedio de veces semanales |  | |  | Cepillarse los dientes |
|  | Enuresis |  | Promedio de veces semanales |  | |  | Vestirse |

**SERVICIOS DE APOYO: (si corresponde**)

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de los servicios de ECI:** |  |
| **Fechas de la terapia ocupacional:** |  |
| **Fechas de la terapia del habla:** |  |
| **Fechas de la fisioterapia:** |  |
| **Equipo especial, artículos/servicios de enfermería/cuidados de ayudantes especiales** |  |
| **Comentarios sobre el progreso:** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**HABILIDADES COTIDIANAS INDEPENDIENTES: (para jóvenes mayores de 16 años de edad)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Describa las habilidades cotidianas independientes realizadas esta semana (por ejemplo: administrar una cuenta bancaria, inscribirse en la universidad, hacer un presupuesto, comprar la despensa, planificar las comidas, lavar la ropa, buscar vivienda, buscar trabajo):** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **SI TIENE TRABAJO, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:** | |
| **Lugar del trabajo:** |  |
| **Horas promedio trabajadas:** |  |
| **Comentarios:** | |

1. **Área recreativa/social.** (Tipo de actividades que realizó el niño durante la semana, tales como tiempo libre para jugar, actividades familiares como ir al cine, a la iglesia o comer en un restaurante. Manera en que se desempeñó el niño mientras participaba en la actividad).

**(E) Área de conducta. Los puntos “marcados” deben detallarse a continuación**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | Restricción física | 20 |  | Mirada fija sin expresión |
| 2 |  | Ataca físicamente a compañeros/adultos | 21 |  | Está mal humorado, hace pucheros, lloriquea constantemente |
| 3 |  | No cumple los reglamentos/es antagonista | 22 |  | Actúa con miedo o ansias |
| 4 |  | Amenaza a las personas | 23 |  | Tiene problemas para dormir |
| 5 |  | Es cruel, busca pleitos o es malo con los demás | 24 |  | Hace poca actividad, se mueve con lentitud o le falta energía |
| 6 |  | Habla de suicidarse o matar a otros | 25 |  | Es mentiroso y/o tramposo |
| 7 |  | Se hace daño a sí mismo o a otros deliberadamente | 26 |  | Grita |
| 8 |  | No se siente culpable después de portarse mal | 27 |  | Llora más o menos de lo normal para su edad |
| 9 |  | Exterioriza sus deseos sexuales | 28 |  | Demanda atención |
| 10 |  | Roba | 29 |  | No puede sentarse y quedarse quieto, es inquieto o hiperactivo |
| 11 |  | Muestra conducta extraña o rara | 30 |  | Dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente |
| 12 |  | Está triste, no es feliz o se deprime después de cualquier tipo de comunicación con su familia biológica | 31 |  | Se preocupa en exceso por cosas poco importantes |
| 13 |  | Tiene problemas alimenticios | 32 |  | Dice palabras ofensivas, usa palabras groseras, hace gestos obscenos |
| 14 |  | Tiene alucinaciones (visuales, auditivas o de otro tipo) | 33 |  | Hace berrinches, tiene arranques de ira |
| 15 |  | Se orina en la ropa durante el día y moja la cama | 34 |  | Es impulsivo, actúa sin pensar |
| 16 |  | Tiene evacuaciones fuera del inodoro | 35 |  | Muestra cambios de humor repentinos |
| 17 |  | Se aparta/se aísla | 36 |  | Se niega a tomarse el medicamento |
| 18 |  | No se lleva bien con otros niños | 37 |  | Otro: |
| 19 |  | Expresa sentimientos de que no vale nada. Inferioridad | 38 |  | Otro: |

¿Se produjo alguna situación de restricción física esta semana?  Sí  No. Si la respuesta es Sí, debe llenarse el Formulario de documentación de incidentes y restricción física, por separado, y se debe reportar de inmediato a Circles of Care.

Se completaron y entregaron reportes de incidentes esta semana.  Sí  No

**(II)** **Visitas/Relación con la familia.** (Contacto/visitas, con quién y de qué forma. Manera en que se desempeñó el niño después de las visitas aprobadas. Tuvo contacto con alguna persona que usted no cree que esté autorizada de acuerdo con los Servicios de Protección al Menor (CPS) o los tribunales; hay un contacto que le preocupa).

**(III) Explicación a los niños de los procedimientos mensuales en caso de emergencias o incendios**.

Esta explicación debe realizarse una vez al mes con los niños que tiene bajo su cuidado.

¿Se llevó a cabo la explicación esta semana?:  Sí  No

Anote las inquietudes o problemas importantes respecto a esta explicación de procedimientos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(IV)** **AGREGAR PRENDAS DE VESTIR Y ARTÍCULOS PERSONALES (de valor sustancial) DURANTE LA SEMANA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *PRENDAS DE VESTIR* | *# DE PRENDAS* | *ARTÍCULOS PERSONALES* | *\*FIRMA DEL NIÑO* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\* Firma del niño para verificar que se agregaron prendas de vestir y/o artículos personales, si tiene capacidad de firmar según su edad y desarrollo.**

**(V)** **Inquietudes especiales/otros problemas/misceláneos**

**Contestó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proveedor de cuidados – Padre de crianza temporal/Padre adoptivo Fecha**

**Revisó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personal/administrador de casos de Circles of Care Fecha**