

Circles of Care
Formulario de aprobación de cuidados de relevo

1. Padre(s) de crianza temporal _____

Dirección _____

Teléfono _____

2. Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

3. Cuidados de relevo solicitados desde _____ hasta _____

4. Proveedor de cuidados de relevo _____

Dirección _____

Teléfono _____

5. El (Los) padre(s) de crianza temporal debe(n) completar lo siguiente antes de presentar esta solicitud:

A. Necesidades específicas del (de los) niño(s), incluyendo todos los tratamientos psiquiátricos o médicos que actualmente se proporcionan, régimen de medicamentos e instrucciones para éstos, autorización para suministrar tratamiento médico y expectativas que pudiera tener el Contratista con respecto al proveedor de cuidados alternativos intermitente.

B. Eventos no rutinarios que se produjeron en la vida del niño.

C. Información de contacto por emergencias, incluyendo del (de los) médicos(s) y los padres del niño y el número de teléfono de la agencia o institución que colocó al niño en custodia:

1. Nombre del médico _____ Teléfono _____

2. Circles of Care _____ Teléfono (361) 852-3812

Administrador de casos

3. Padre _____ Derechos extinguidos _____ o Se desconoce _____

D. Historia del niño, incluyendo los antecedentes de abuso/conducta negligente por parte de los proveedores de cuidados, abuso sexual o físico, incendios intencionales, mutilar o matar animales, intentos de suicidio y conductas relacionadas con huir de la casa, que podrían afectar la capacidad del proveedor de cuidados en cuanto a la prestación de cuidados al niño:

6) El administrador de casos de Circles of Care deberá contestar esta sección.

a. Abuso y conducta negligente de parte del (de los) proveedor(es) de cuidados anterior(es):

b. Abuso sexual o físico

c. Provocar incendios intencionales o matar o mutilar animales

d. Intentos de suicidio

e. Conductas relacionadas con escaparse de la casa

Firmas requeridas antes de que se lleve a cabo el cuidado de relevo:

Firma del padre de crianza temporal _____ Fecha _____

Firma del proveedor de cuidados de relevo _____ Fecha _____

Firma del administrador de casos de COC _____ Fecha _____

Aprobación de Circles of Care _____ Fecha _____

FHD, Director de programas, Administrador Estatal o Presidente de COC

Si el cuidado de relevo supera las 48 horas:

Aprobación del custodio administrador _____ Fecha _____

Trabajador social o supervisor de CPS