

***Circles of Care***  
**Formulario de cuidados de relevo**

(Debe ser contestado por los padres de crianza temporal y entregarlo al proveedor de cuidados de relevo)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres de crianza temporal: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador social de COC: \_\_\_\_\_

**I) Información médica:**

Alergias (a alimentos, etc.): No ☐ Sí ☐

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente:

| Nombre | Administración (dosis) | Instrucciones especiales |
|--------|------------------------|--------------------------|
| _____  | _____                  | _____                    |
| _____  | _____                  | _____                    |
| _____  | _____                  | _____                    |

Otras condiciones médicas: No ☐ Sí ☐

Si la respuesta es Sí, especifique y explique las necesidades o precauciones, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II) Conducta/disciplina:**

Hábitos del sueño (sigue un horario específico, tiene problemas para dormir, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posibles problemas de conducta que se presenten y respuestas o acciones recomendadas que pueden tomarse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este niño/joven disfruta lo siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se prohíben las medidas disciplinarias de tipo físico.

Este niño/joven responde mejor a las siguientes medidas disciplinarias/recompensas/consecuencias:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

### III) Información de emergencia:

Puede localizar a los padres de crianza temporal: Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Información del médico: Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid del niño: \_\_\_\_\_

Información de Circles of Care. Teléfono: \_\_\_\_\_

### IV) Otra información que el proveedor de cuidados de relevo necesita para satisfacer las necesidades de este niño/joven mientras se realiza el cuidado de relevo: \_\_\_\_\_

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

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre de crianza temporal) (Nombre del proveedor de cuidados de relevo)

a cuidar a este niño/joven, de acuerdo con las pautas detalladas anteriormente.

*El proveedor de cuidados de relevo debe entregar este formulario a Circles of Care (COC) o devolverlo a la familia de crianza temporal para que lo entregue a COC.*

Revisado por el personal de COC: \_\_\_\_\_