#   Resumen de la Colocaión

**Propósito.** El propósito de este formulario es transferir información de un cuidador a otro para mejorar la continuidad de la atención al menor.

**Instrucciones.** Con respecto a la colocación inicial después de la separación del menor de su casa, el trabajador debe llenar todas las secciones sombreadas. Para las colocaciones posteriores, el asistente social llena todas las secciones sombreadas y el cuidador actual debe llenar el formulario siguiendo las instrucciones que empiezan en la página 12. El promotor de cuidadores allegados debe ayudar al cuidador allegado a llenar el formulario. El asistente social de CPS debe asegurarse de que el formulario se llene por completo.

**Instrucciones para la colocación inicial.** Después de la separación del menor de su casa y de cualquier cambio en la colocación de emergencia, debe darse al nuevo cuidador una copia del formulario con las áreas sombreadas llenas. El formulario debe actualizarse con cualquier información adicional necesaria y devolverse al cuidador a más tardar 72 horas después de la colocación.

**Para las colocaciones posteriores (que no sean de emergencia),** el formulario debe ser llenado en todas las áreas sombreadas por el asistente social y el cuidador actual siguiendo las instrucciones que empiezan en la página 12, y el trabajador debe darle una copia al nuevo cuidador al momento de la colocación. El documento original debe archivarse en la pestaña “Registros de Colocación” del expediente del caso del Tutelaje.

[ ]  **Colocación inicial después de la separación del menor de su casa** [ ]  **Colocación posterior**

**Nota:** **Con respecto a la colocación en el programa de** **Desarrollo de Hogares Temporales y Adoptivos (FAD), este formulario funciona además como el plan de servicios preliminar y como una parte de la evaluación de admisión.**

Cuidador: Para la colocación inicial después de la separación del menor de su casa, el menor debe someterse al chequeo médico de Texas Health Steps a más tardar en 30 días, y debe programársele un chequeo dental en no más de 30 días, a llevarse a cabo en un plazo de 90 días. Llame al **1-866-912-6283 para programar los chequeos de Texas Health Steps.** Lleve este formulario a su cita.

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN DEL MENOR    |
| Nombre completo del menor:      | Fecha de nacimiento del menor:      | Edad:      |
| Meta principal actual para la permanencia del menor:       | Situación legal:      |
| Asistente social:      | Teléf. del asistente social:      |
| Especialista de Permanencia Local:      | Teléf. del Especialista de Permanencia Local:      |
| Otorgante del consentimiento médico principal:      | Teléf. del otorgante del consentimiento médico principal:      |
| Otorgante del consentimiento médico suplente:      | Teléf. del otorgante del consentimiento médico suplente:      |
| Responsable de las decisiones sobre la educación:      | Teléf. del responsable de las decisiones sobre educación:      |
| **CONVERSACIÓN CON EL CUIDADOR QUE RECIBE AL MENOR****(Al momento de la colocación debe hablarse con el nuevo cuidador de los temas que aparecen en esta casilla. El asistente social debe anotar la fecha y sus iniciales en esta sección para verificar que se haya hecho esto al momento de la colocación).** |
| **Necesidades inmediata****Para todos los tipos de colocación (debe ser llenado por el asistente social):**¿Muestra el menor/joven algunos de los siguientes problemas de conducta siguientes: aislamiento social, intimidación, búsqueda de venganza, mentira, robo, destrucción deliberada de la propiedad, culpar a los demás, impulsividad, autolesiones, consumo de drogas/alcohol, crueldad hacia los animales, jugar con fuego? [ ]  Sí [ ]  NoSi la respuesta es que sí, describa la conducta y los servicios y apoyo que sean necesarios para abordar dicha conducta:       ¿Tiene e menor otras necesidades inmediatas (como médicas, escolares, guardería o ropa) previstas dentro de las 72 horas de admisión?¿Cuál es el plan para satisfacer estas necesidades?      ¿Quién es responsable de satisfacer estas necesidades?      **Necesidades relativas a los antecedentes de victimización sexual, problema de conducta sexual o agresión sexual****Historia de la victimización**¿Tiene el menor/joven antecedentes conocidos de victimización sexual? [ ]  Sí [ ]  No**Si la respuesta es que sí:** ¿Es el menor una víctima confirmada de abuso sexual? [ ]  Sí [ ]  No**Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es que sí, llene la siguiente información de todos los antecedentes conocidos:**Relación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  No ¿Hay otros casos conocidos de victimización sexual? [ ]  Sí [ ]  No**Si la respuesta es sí:**Relación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  NoRelación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  NoRelación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  NoRelación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  No |
| Relación del perpetrador con el menor(por ejemplo, madre, padre, tía, tío, adulto o joven no relacionado):      Descripción del incidente (consulte las instrucciones para un incidente):     Fecha de inicio de episodio/incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximada¿Una sola ocurrencia? [ ]  Sí [ ]  No**Antecedentes de Problemas de Conducta Sexual o Agresión Sexual**¿Hay indicios de que el menor tiene problemas de conducta sexual?[ ]  Sí [ ]  No¿Es el problema de conducta sexual característica marcada en IMPACT? [ ]  Sí [ ]  No¿Ha incurrido el menor en conductas sexualmente agresivas? [ ]  Sí [ ]  No¿Está documentado el episodio en la página de agresión sexual en IMPACT? [ ]  Sí [ ]  No**¿Se ha determinado que el menor exhibe una conducta sexualmente agresiva:**Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       ¿Hay otros incidentes conocidos de agresión sexual [ ]  Sí [ ]  No**Si la respuesta es sí:** Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       Fecha de inicio del episodio      Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       Fecha de inicio del episodio      Fecha del incidente       [ ]  Compruebe si la fecha es aproximadaDescripción de incidentes (consulte las instrucciones para un incidente):     Relación con la víctima (por ejemplo, hermano, primo, adjunto o menor/joven no relacionado):       **NOTA:** Si se conocen incidentes adicionales, inclúyalos en un documento de Word y adjúntelo a este formulario. **En el momento de la colocación, yo**       **(ponga el nombre del asistente social) compartí toda la información conocida, incluidos los nombres de la [ ]  víctima [ ]  el perpetrador del abuso sexual con los cuidadores, junto con la información necesaria para que el cuidador satisfaga las necesidades del menor.** |
| **Necesidades especiales** Identifique todas las necesidades especiales que tiene el menor (como las relacionadas con la medicación, la atención médica, las necesidades dietéticas, la atención psiquiátrica, la comunicación con el menor y los sistemas de recompensa)      ¿Cómo se satisfarán estas necesidades?      ¿Quién es responsable de satisfacer estas necesidades?       |
| **Visitas** Si es la primera vez que se separa a un menor de sus padres, dicho menor debe tener la visita del padre con derecho a la posesión a más tardar 5 días después de que el Departamento haya sido nombrado tutor principal temporal (TMC), a menos que haya una excepción. ¿Se ha dado una excepción?      Si es así, ¿cuál es la excepción?      Si no es así, ¿quién está coordinando la visita? (para más información, vea el Calendario o Plan de visitas).      Fecha       Iniciales      Para colocaciones posteriores:Fecha y hora de la próxima visita:       Con quién:       Lugar:      Fecha       Iniciales       |
| **CONTACTO CON FAMILIARES, PARIENTES PUTATIVOS Y AMISTADES****(el contacto con los padres se documenta en el Calendario o Plan de visitas)** |
| ¿Cómo se facilitan las visitas en persona?       |
| Personas con las que el menor puede tener contacto. Marque todos los medios por los que cada persona nombrada puede tener contacto con el menor. Incluya los nombres y el tipo de contacto aunque no tenga la información de contacto. Esto no aplica al personal del DFPS, al abogado *ad litem*, al curador *ad litem* ni al defensor especial nombrado por la corte (CASA). |
| **Nombre** | **Relación** | **Teléfono** | **Correo electrónico** | **Dirección** | **Regalos** | **Acceso no supervisado** |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
|        |        | [ ]        | [ ]        | [ ]        | [ ]   | [ ]        |
| Personas que no pueden tener contacto con el menor o que tienen prohibido llevarse al menor:      |
| ¿Existe alguna inquietud especial sobre la interacción con familiares inmediatos o lejanos?      |
| **CITAS PROGRAMADAS** |
| Tribunal:       | FGDM/COS/PC/TPM:        |
| Visita inicial del padre al menor:       | Otros:       |
| Determinación de las Necesidades y Cualidades del Menor y el Adolescente (CANS): |
| Fecha:       | Nombre e información de contacto del proveedor:       |
| Debe hacerse una evaluación de CANS en los 30 días posteriores a la separación a los menores de 3 a 17 años que hayan ingresado al cuidado del DFPS o a partir del 1 de septiembre de 2016. Si no se ha hecho la evaluaciónCANS ni se ha hecho una cita para tal fin, comuníquese con STAR Health para que le ayuden a hacer una cita o a encontrar a un proveedor. |
| **Quién dio la información que se usó para llenar este formulario:** |
| Menor [ ]  Sí [ ]  No  | Cuidador actual [ ]  Sí [ ]  No | Otra persona [ ]  Sí [ ]  No |
| Si el menor estaba en una colocación con un contratista, ¿recibió el asistente social una copia del resumen de salida y de los anexos por parte de la agencia? [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Puede el futuro cuidador contactar al cuidador actual si tiene alguna pregunta? [ ]  Sí [ ]  NoSi es así, ¿cómo prefiere ser contactado?       |
| **ESCUELA** |
| Nombre de la escuela:      |
| Dirección:      | Teléfono:      |
| Grado:      | Última reunión de admisión, revisión y salida (ARD):      | Fecha en que se le retiró:      | Persona que lo retiró:      |
| Este menor reúne los requisitos para una remisión a:[ ]  Intervención Temprana en la Infancia (ECI) [ ]  Early Head Start [ ]  Head Start [ ]  Programa Preescolar para Menores con Discapacidad (PPCD) [ ]  Programa preliminar  |
| Este menor recibe actualmente servicios escolares para:[ ]  Educación especial [ ]  Servicios secundarios relacionados (terapia del habla, terapia física, terapia ocupacional)[ ]  Adaptaciones previstas en la Sección 504 [ ]  Respuesta a las intervenciones (RTI) |
| El joven tiene un:Plan personal para graduarse (de la secundaria/preparatoria) [ ]  Sí [ ]  NoPlan de Transición de CPS [ ]  Sí [ ]  No |
| Actividades extracurriculares (enumerar):       |
| El cuidador entregó el expediente educativo y este fue revisado: [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Quién es el padre sustituto para las decisiones sobre educación especial (si se requiere)?       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidados autorizado, ¿qué planes hay para satisfacer sus necesidades **educativas**?      |
| ¿Se necesitarán útiles escolares? [ ]  Sí [ ]  No |
| Si es así, ¿quién es responsable de proporcionarlos?      | Fecha en que se proporcionarán:      |
| ¿Existen necesidades educativas particulares?       |
| **INFORMACIÓN MÉDICA** |
| Nombre del médico de cabecera:       |
| Dirección:      | Teléfono:       |
| Fecha de la última consulta con el médico de cabecera:       | Alergias conocidas:       |
| ¿Tiene el menor alguna condición médica? (diga si es aguda o crónica)      |
| Información de la próxima cita o del seguimiento:       |
| ¿Recibe el menor servicios médicos en el hogar?       |
| Si es así, ¿qué servicios se brindan?       |
| Si contestó "Sí", indique el nombre y la información de contacto del proveedor:       |
| ¿Tiene el menor equipo o artículos médicos especiales (cama médica, artículos para la diabetes, etc.) [ ]  Sí [ ]  No |
| Si es así, enumérelos:       |
| ¿Ve el menor a algún especialista? [ ]  Sí [ ]  No |
| Si es así, indique el nombre y la información de contacto del proveedor:       |
| ¿Se proporcionó un registro de vacunas? [ ]  Sí [ ]  No | ¿Está actualizado? [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Necesita el menor una dieta específica? [ ]  Sí [ ]  No |
| Si es así, mencione las necesidades nutricionales especiales.       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidados autorizado, ¿qué planes hay para satisfacer sus necesidades médicas?       |
| ¿Tiene alguna otra necesidad médica?       |
| *El primer examen médico de Texas Health Steps debe hacerse a más tardar 30 días después de la separación, a menos que se trate de un bebé recién nacido, en cuyo caso debe hacerse entre los 3 y 5 días de nacido y cuando tenga entre 1 y 2 semanas de nacido.* *Los exámenes médicos posteriores de Pasos Sanos de Tejas deben hacerse según lo descrito en el Calendario de Texas Health Steps.*En los casos de menores con necesidades médicas primarias, el asistente social debe informar de ello, en un plazo de 24 horas, al especialista en bienestar, para que solicite personal para atender las necesidades médicas primarias del menor antes de su colocación. |
| **MEDICAMENTOS ACTUALES** |
| **Medicamento** | **Médico** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Instrucciones especiales** | **Fecha en que se surtió por última vez** | **Razón para tomar el medicamento** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
| **Medicamentos o suplementos de venta sin receta:** |
| **Nombre del medicamento o suplemento** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Instrucciones especiales** | **Fecha en que se recogió por última vez** | **Razón para tomar el medicamento o suplemento** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **DISCIPLINA**  |
| 1. Métodos de disciplinaEl cuidador informa que usa los siguientes métodos de disciplina en el hogar:      |
| [ ]  Se informó al cuidador que recibe al menor que está prohibido aplicar castigos corporales **a cualquier** menor bajo la tutela del DFPS |
| 2. Técnicas preferidas para calmar al menorEl menor dijo que estas son algunas técnicas efectivas que lo ayudan a tranquilizarse:      |
| [ ]  No aplica porque el menor no habla o no tiene la capacidad cognitiva para responder |
| 3. Se recomiendan los siguientes recursos y técnicas conductuales para manejar al menor:      |
| 4. Restricciones aplicables      No se permite el uso de artículos para sujetar físicamente a ningún menor que el DFPS coloque en un hogar temporal, en adopción o en el hogar de un allegado, aparte de las restricciones personales cortas en circunstancias limitadas, según se describe en el Formulario 2410s, Normas Disciplinarias del DFPS. |
| **ORIENTACIÓN** |
|  |
| **Colocaciones de FAD y con cuidadores allegados:allegados**Hablar de lo siguiente: Pida al cuidador que explique al menor las reglas o prácticas que se siguen en el hogar según su nivel de funcionamiento y comprensión, y por qué se aplican al menor sujeto a colocación. Los bebés y niños pequeños están exentos de esta orientación. |
| **Para colocaciones con contratistas privados del DFPS [Centros de Tratamiento Residencial (RTC), Operaciones Generales de Residencias (GRO) y Agencias de Colocación de Menores (CPA)]:**Platique con el menor y el cuidador de los siguientes temas. Pregúntele al cuidador qué reglas o prácticas se siguen en el hogar, la CPA privada u otra entidad contratada, y pídale que firme el formulario. Si es posible, lleve a cabo esta orientación conjuntamente con la orientación que debe hacer el proveedor o cuidador de la colocación contratado. Para facilitar esto, el trabajador de la CPS debe pedir al proveedor, cuidador o empleado de la colocación contratada presente que hable sobre los requisitos del programa en relación con estos temas.  |
| **Temas y normas que se abordaron**[ ]  No corresponde porque el menor no habla o no tiene la capacidad cognitiva para entender[ ]  Programas y prácticas religiosos[ ]  Religión o prácticas religiosas preferidas por el menor o los padres      [ ]  Expediente educativo de CPS [ ]  Viajes lejos del hogar del cuidador[ ]  Expectativas y reglas del programa (*No aplica para hogares FAD)*[ ]  Procedimientos para presentar quejas (Línea directa para Denunciar Abuso, 1-800-252-5400, o la Oficina de Asuntos del Cliente, 1-800-720-7777)[ ]  Servicios médicos (Star Health, 1-866-912-6283)[ ]  Derechos de los menores y jóvenes; use el Formulario 2530s. Entregue una copia al menor. Si el menor puede firmar, archive una copia firmada en su expediente. Si el menor tiene 16 años o más, cuenta con derechos adicionales, entre ellos el de solicitar autorización del tribunal para ser responsable de otorgar consentimiento médico para sí mismo.Explique cualquier tema que no se haya incluido en la orientación:       |
| **VIDA SOCIAL** |
| ¿Cuáles son los intereses, habilidades y puntos fuertes del menor?       |
| Describa las interacciones sociales actuales del menor (incluya los amigos, la frecuencia con que los ve, actividades y organizaciones y participación en la iglesia). Incluya la dirección y las horas de las actividades:       |
| Si tiene edad para ello, describa las interacciones sociales del menor en lo que respecta a salir o tener una relación con alguien:      |
| ¿Tiene el menor acceso a un teléfono o una computadora? Si es así, ¿con qué frecuencia se le permite usar el teléfono o la computadora?       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidados autorizado, ¿qué planes hay para seguir atendiendo las necesidades del menor de socializar con sus compañeros, actividades y organizaciones?       |
| ¿Tiene alguna otra necesidad de tipo social?  |
| **SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL** |
| ¿Tiene el menor algún retraso en el desarrollo? [ ]  Sí [ ]  NoSi es así, explíque:       |
| ¿Se ha diagnosticado al menor algún problema mental o de conducta? [ ]  Sí [ ]  NoSi es así, explíque:       |
| ¿Presenta el menor alguna conducta que podría ponerlo a sí mismo o poner a otros en peligro? [ ]  Sí [ ]  NoSi es así, explíque:       |
| ¿Hay instrucciones especiales para ayudar al menor a controlar su conducta?       |
| ¿Tiene el menor algún problema de abuso de sustancias? [ ]  Sí [ ]  NoSi es así, mencione las sustancias que el joven está usando actualmente o que ha usado en el pasado:     Si es así, explique qué servicios está recibiendo:      |
| Problemas especiales de los que tiene que estar consciente el cuidador que va a recibir al menor (incluya información sobre las situaciones que provocan reacciones emocionales importantes y estrategias de intervención exitosas)       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidado autorizado, ¿qué planes hay para atender sus necesidades de salud conductual?       |
| ¿Tiene otras necesidades de salud conductual?       |
| **SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS** |
| ¿Ve el menor a un psiquiatra? [ ]  Sí [ ]  NoSi contestó "Sí":Nombre del psiquiatra:      Dirección:      Teléfono:       |
| Fecha de la última consulta:       |
| ¿Se requiere de una cita de seguimiento? [ ]  Sí [ ]  NoSi contestó "Sí":Fecha programada:      Hora:      Lugar:       |
| ¿Qué necesidades se han identificado?       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidado autorizado, ¿qué planes hay para atender sus necesidades psiquiátricas?       |
| ¿Tiene otras necesidades psiquiátricas?       |
| **TERAPIA** |
| ¿Ve el menor a un terapeuta? [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Qué necesidades, si las hay, se han identificado?      |
| ¿Quién es responsable de atender las necesidades de terapia del menor?      |
| **Tipo** | **Nombre** | **Dirección** | **Teléfono** | **Fecha de la última consulta** | **Próxima cita:** |
|       |       |       |       |       |       |
| Comentarios:      |
|       |       |       |       |       |       |
| Comentarios:      |
|       |       |       |       |       |       |
| Comentarios:      |
|       |       |       |       |       |       |
| Comentarios:      |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidado autorizado, ¿qué planes hay para atender las necesidades de terapia del menor?      |
| ¿Tiene otras necesidades de terapia?  |
| **SERVICIOS DENTALES** |
| Nombre del proveedor de servicios dentales:      Dirección:      Teléfono:       |
| Fecha de la última consulta:       |
| Razón de la última cita:      | ¿Qué servicios se brindaron en la última cita?      |
| ¿Se requiere de una cita de seguimiento? [ ]  Sí [ ]  NoSi contestó "Sí":Fecha programada:      Hora:     Lugar:       |
| ¿Quién es responsable de atender las necesidades dentales del menor?       |
| Si el menor va a salir de un centro de cuidados autorizado, ¿qué planes hay para atender las necesidades dentales del menor?      |
| ¿Tiene otras necesidades de atención dental?      |
| *El primer examen dental de Texas Health Steps se tiene que hacer en un plazo de 60 días si el menor tiene STAR Health, a menos que el tenga menos de 6 meses. Si el menor tiene menos de 6 meses, el examen se tiene que hacer cuando el menor tenga 6 meses de edad (y antes de cumplir 7 meses). Los exámenes dentales posteriores de Texas Health Steps se tienen que hacer cada 6 meses.*  |
| **SALIDA** |
| Fecha en que terminó la colocación actual:       |
| Razón para terminar la colocación actual:       |
| El menor fue informado del cambio de colocación el       a las       a.m.[ ] /[ ] p.m. por parte de       |
| Describa brevemente la reacción del menor cuando se le informó de su salida:      |
| ¿Qué logros obtuvo el menor durante la colocación?       |
| ¿Qué necesidades sigue teniendo el menor?       |
| ¿Qué recomendaciones hay para atender esas necesidades?       |
| Fecha de la nueva colocación:       |
| **PERTENENCIAS PERSONALES:** |
| El menor tiene que llevarse consigo los artículos considerados de su propiedad. El menor debe quedarse con la ropa que puede seguir usando, incluidos los artículos que lo protegen del clima y las inclemencias del tiempo. El menor también debe llevarse consigo los artículos identificados como de su propiedad al momento de la colocación o recibidos durante la colocación, incluidos los regalos. Algunos ejemplos de estos artículos pueden ser juguetes, equipo deportivo, aparatos electrónicos y bicicletas. El menor también debe llevarse consigo objetos como fotos, recuerdos o cualquier artículo que tenga un valor emocional para él. El asistente social debe revisar estos artículos con el cuidador actual y el menor antes de salir del lugar de la colocación. |
| Notas con respecto a las pertenencias personales, incluidos los límites en lo que un menor puede o no puede tener:      |
| Si el menor necesita ropa, ¿quién es responsable de obtenerla?      | Fecha límite en la que se proporcionará la ropa:      |
| Se recibió y revisó el *Life Book*: [ ]  Sí [ ]  No  |
| **Otras necesidades** |
| Si el menor tiene otras necesidades que no se abordaron específicamente en otras partes de este formulario, indíquelas a continuación:      |
| ¿Qué planes hay para atender las necesidades identificadas, y quién es responsable de hacerlo?      |
| Incidentes o investigaciones no resueltos relacionados con el menor, si corresponde:      |
| **DOCUMENTOS** |
| Los documentos con una marca se proporcionaron al momento de la colocación.1. [ ]  Formulario 2085, Autorización para Colocación Apropiada;2. [ ]  Formulario de Designación de otorgante de consentimiento médico, si corresponde al cuidador que recibe al menor;3. [ ]  Formulario 2085-E, Designación de la persona que toma decisiones sobre la educación, si corresponde al cuidador que recibe al menor; |
| Los demás documentos se presentarán a más tardar 72 horas después de la colocación, según sea apropiado para la colocación inicial o posterior:4. [ ]  Inventario actualizado de ropa y pertenencias personales;5. [ ]  Calendario y plan de visitas;6. [ ]  Formulario 2655, Plan de visitas, contactos y restricciones, si se trata de un hogar de FAD;7. [ ]  Formulario 2410, Normas Disciplinarias; 8. [ ]  Historial del menor, incluidas las notas de los últimos 60 días, si corresponde;9. [ ]  Examenes o evaluaciones practicadas al menor, incluidos el diagnóstica del menor; evaluaciones educativas, exámenes neurológicas y exámenes psiquiátricos o psicológicos;10. [ ]  Planes de servicios del menor y planes de tratamiento *(si corresponde)* de los últimos 12 meses (debe hacerse una revisión del plan de servicios del menor a más tardar 30 días después de la nueva colocación si hay cambios en las necesidades);11. [ ]  Incidentes o investigaciones no resueltos que involucren al menor *(si corresponde)*;12. [ ]  Formulario de verificación de cuidado de menores para cuidadores (K-908-1809); 13. [ ]  Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) de ECI;14. [ ]  Tarjeta de Medicaid, tarjeta de STAR Health y otros documentos médicos; y acceso al Pasaporte de Salud del otorgante de consentimiento médico (fostercaretx.com);15. [ ]  Copia del historial médico y del desarrollo del menor (ubicada en IMPACT);16. [ ]  Acta de nacimiento;17. [ ]  Registro de vacunas;18. [ ]  Licencia de manejar (si corresponde);19. [ ]  Pasaporte o visa (si corresponde);20. [ ]  Cartilla militar (si corresponde);21. [ ]  Credencial de la escuela (si corresponde);22. [ ]  Expediente educativo;23. [ ]  Tarjeta de Seguro Social24. [ ]  Otros; indique cualquier otro documento presentado:      |
| **AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD** |
| El DFPS valora su privacidad. Para más información, lea nuestra política de confidencialidad en https://www.dfps.state.tx.us/Espanol/privacy.asp. |
| **FIRMAS** |
| **Las firmas confirman que se ha ha hablado sobre los asuntos indicados al momento de la colocación y que el cuidador ha recibido el Formulario Resumen de la Colocación.** **Cualquier información faltante y que pueda obtenerse se agregará al formulario y se enviará a más tardar 72 horas después de la colocación.** |
| La información sobre el cuidado actual se obtuvo de: |
| Menor:X       | Fecha de la firma:      |
| Cuidador actual:X       | Fecha de la firma:      |
| El asistente social revisó la información con el nuevo cuidador: |
| Cuidador que recibe al menor:X       | Fecha de la firma:      |
| Asistente social del DFPS: X       | Fecha de la firma:      |
| **Solo para colocaciones de FAD del DFPS:**Si esta es una colocación posterior, ¿han cambiado las necesidades del menor desde la última colocación?[ ]  Sí [ ]  No¿Se necesita actualizar el plan de servicios del menor debido a este cambio en la colocación?[ ]  Sí [ ]  No |
| CPMS: X       | Fecha de la firma:      |
| Fecha en que se dio o envió una copia de este formulario al cuidador que recibió al menor:       |

**Definiciones**

## Víctima Confirmada (de Abuso Sexual)

Víctima confirmada significa que DFPS ha confirmado las alegaciones de abuso sexual a través de por lo menos una de las siguientes razones:

* + Una razón para creer (RTB) en la conclusión de una investigación de abuso y negligencia que realizó APS, CPI o RCCI.
	+ Víctima de la trata de personas (sexual) confirmada
	+ La determinación por parte de DFPS CVS de que un niño es víctima de agresión sexual infantil.

## Víctima (de Avuso Sexual)

Víctima significa que hay información con indicios de una historia de victimización sexual, incluidos, entre otros, lo siguiente:

* + Condena penal
	+ Información de otro sistema de bienestar estatal
	+ Protesta clamorosa
	+ Investigación del cuidado residencial del menor, investigación de abuso y negligencia en que la victimización está demostrada, pero no se puede identificar al perpetrador o hay prueba insuficiente para su validación.
	+ Investigaciones de los estándares de la autorización del cuidado residencial del menor, en las cuales la victimización está demostrada. (Por ejemplo, se incurrió en la victimización cuando el menor se había fugado)
	+ Investigaciones de DFPS en las que se demostrado la victimización, pero no se puede identificar al perpetrador y las pruebas son insuficientes para su validación.
	+ Incidentes (no bajo jurisdicción de DFPS) que están siendo investigados por otra entidad o que no se procesan correctamente. (Por ejemplo, el menor victimizado mientras era paciente en un hospital psiquiátrico o en su condición de fugitivo.)

**MENOR**
Menor significa un niño o joven bajo la tutela de DFPS.

**PROBLEMA DE CONDUCTA SEXUAL**

Un problema de conducta sexual es cuando un menor muestra acciones o actividades sexuales que cae fuera de lo que corresponde al desarrollo apropiado del menor. Esta conducta puede indicar que el niño debería ser recomendado para obtener servicios, pero que no requiere que CVS PA documente dicha conducta en la página de agresión sexual en el sistema de IMPACT. La siguiente sección proporciona la información sobre desarrollo sexual normal, problemas de conducta sexual y comportamiento sexual agresivo.

Marque la característica del **problema de comportamiento sexual** en la página del detalles de la persona si el menor cae dentro de los criterios que aparecen en la carta de conducta sexual. Una vez que el asistente social de CPS identifica esto como una característica, no habrá fecha de finalización, ya que un niño siempre tendrá una historia de este comportamiento.

## CONDUCTA SEXUAL AGRESIVA :

Si bien esta guía aborda principalmente situaciones en las que un niño ha sido sexualmente agresivo con otro niño, puede haber ocasiones en que un adulto puede ser víctima de agresión sexual por parte de un niño. El comportamiento sexualmente agresivo ocurre cuando un niño se aprovecha de otra persona que es menos poderosa a través de la seducción, la coerción y/o la fuerza.

 • Menos potente: Diferencias en el nivel de desarrollo, estatura física, capacidad cognitiva y/o habilidades sociales.

• Seducción: El uso del encanto, la manipulación, las promesas, los regalos y los halagos para inducir a una persona a participar en el comportamiento sexual.

• Coacción: La explotación de la autoridad o el uso de sobornos, amenazas, amenazas de fuerza y/o intimidación para obtener cooperación o cumplimiento.

* Fuerza: Amenaza o uso de daño físico o emocional hacia una persona, y/o alguien y/o algo que a una persona le importe.

Nota: El tráfico de seres humanos la contratación por sí misma no cumplen las pautas para la CSA indicador, a menos que existan otros comportamientos que respondan a la CSA definición en los comportamientos sexuales gráfico. Sin embargo, toda la historia de la contratación debe ser abordado, documentada para futuras colocaciones, y adecuadamente tratada. Si hay confusión sobre cómo clasificar a un niño inocente, el personal la historia del niño con su cadena de comando, incluyendo la Conservatorship Administrador de programas para que los examine.

El CVS PA marca la característica de a***gresión sexual infantil*** en la página de agresión sexual si determina que un niño tiene esta característica.

La orientación sexual o la identidad de género no son indicadores de problemas de conducta sexual o comportamiento sexualmente agresivo.

## CUADRO DE CONDUCTA SEXUAL

| **Edad** | **Desarrollo sexual normal** | **Problema de conducta sexual** | **Conducta sexual agresiva** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Menos de 4****(preescolar)** | * Se toca los genitales en público y en privado
* Frecuentes erecciones
* Explora el cuerpo
* Disfruta estando desnudo
* Intenta tocar partes privadas de otros y ver a otros desnudos
 | * La curiosidad sobre el comportamiento sexual se hace una preocupación obsesiva
* La exploración se convierte en la nueva inquietud de la actividad adulta específica
* Esa conducta incluye afectarse uno mismo y a los demás
 | * La exploración se convierte en recreación en una actividad adulta específica e involucra a otros niños
* El comportamiento implica afectarse uno mismo y a los demás
 |
| **4-6****(pequeño menor)** | * Desarrolla la sensación de ser hombre y mujer
* Explora su propio cuerpo de manea más deliberada
* Sabe que tocar se siente bien pero no necesariamente que se debe hacer en privado
* Tiene muchas preguntas y curiosidad
* "Juega al doctor" y muestra partes privadas a otros
* Habla sobre las funciones corporales
* Toca o intenta ver el cuerpo/genital de sus compañeros o hermanos
 | * Habla de actos sexuales específicos o emplea lenguaje sexual explícito
 | * Tocamientos sexuales que implican coacción, amenazas, secreto, violencia y agresión

 * sexo con otro niño
* sexo vaginal con un menor del otro sexo
* sexo oral con otro niño
* masturbando a otro niño
* forzando a otro niño a ver a otro niño para que vea una masturbación
 |

## CUADRO DE CONDUCTA SEXUAL

| **Edad** | **Desarrollo sexual normal** | **Problema de conducta sexual** | **Conducta sexual agresiva** |
| --- | --- | --- | --- |
| **7-12****(edad escolar)** |  • Se toca deliberadamente toca los propios genitales • Participa en juegos (por ejemplo, verdad o atrévete) / explora el comportamiento sexual con otros niños • Mira imágenes de personas desnudas • Quiere más privacidad • Comienza la atracción sexual por sus compañeros • Preguntas sobre las relaciones, el comportamiento sexual y la menstruación/embarazo | * Describe actos sexuales agresivos/violentos
* Penetración sexual
* Sexo oral
* Cópula simulada
* Masturbarse en público
* Preocupación crónica por sexo/pornografía (incluso en línea)
 | * Tocamientos sexuales que implican coacción, amenazas,
* sexo anal con otro niño
* sexo vaginal con otro sexo
* oral con otro niño
* masturbando a otro niño
* forzandose a otro niño para que vea una masturbación
 |
| **13-17****(adolescentes)** |  • Tiene un interés notablemente más sexual en otros • Actividad sexual/experimentación con niños de la misma edad • Expresa la orientación sexual y la identidad sexual • Interacción sexual a través de la tecnología y las redes sociales • Masturbación en privado | * Contacto sexual con animales
* Interés sexual dirigido a niños mucho más pequeños
* Preocupación crónica por el sexo/pornografía (incluyendo en línea)
* Masturbando en público
 | * Tocamientos sexuales que implican coacción, amenazas, secreto, violencia y agresión
* sexo con otro niño
* sexo vaginal con otro sexo, un menor
* sexo oral con otro niño
* masturbando a otro niño
* obligando a otro niño a ver masturbación
* obligar a otro niño a ver pornografía
 |

**INSTRUCCIONES**

**Cuándo usar este formulario**

Este formulario debe llenarse cada vez que un menor recibe una colocación.

El formulario para los cuidadores se encuentra en el sitio

<http://www.dfps.state.tx.us/PCS/Residential_Contracts/contract_forms.asp>.

El formulario para empleados de la CPS se encuentra en la pestaña de "Formas" en la intranet.

**Tipo de colocación**

**Colocación inicial tras la separación del menor de su casa**

Cuando el menor recibe la colocación al momento de la separación

El empleado de CPS debe llenar todas las secciones basándose en la información conocida al momento de la colocación, y actualizarlas con cualquier información adicional que no se conocía al momento de la colocación a más tardar en 72 horas.

**Colocaciones posteriores**

Cuando hay un cambio en la colocación del menor

Con excepción de aquellas que se indican más adelante, el cuidador actual debe llenar todas las secciones.

El asistente social es responsable de llenar:

* La sección Conversación con el cuidador que recibe al menor. **El asistente social** contesta las preguntas **2 y 3** bajo Necesidades inmediatas; y las preguntas **2 y 3** bajo "Necesidades especiales"; también debe poner sus iniciales y la fecha en esta sección, indicando que se tuvo esta conversación con el cuidador que recibe al menor.
* Sección sobre la disciplina **El asistente social** contesta las preguntas **1, 2 y 4**, de acuerdo con lo hablado con el cuidador que recibe al menor y el menor.
* Sección sobre la orientación **El asistente social** debe llenar esta seccióny hablar del tema con el nuevo cuidador y el menor.
* Sección sobre las pertenencias personales. **El asistente social contesta las preguntas 2 y 3.**
* Sección sobre los documentos. **El asistente social revisa** todos los documentos entregados al cuidador que recibe al menor al momento de la colocación.

**Colocaciones que no son de emergencia**

El asistente social debe llenar las áreas sombreadas al momento en que el menor sea colocado con el nuevo cuidador para la colocación inicial después de separar al menor de la casa. Se enviará al cuidador, a más tardar en 72 horas, una copia del formulario, el cual debe incluir cualquier información que se haya actualizado o agregado.

El cuidador actual debe llenar toda el formulario (excepto las partes que el asistente social debe revisar junto con el nuevo cuidador) al momento de la salida.

**Colocaciones de emergencia**

Las áreas sombreadas de el formulario deben llenarse al momento de colocar al menor con el nuevo cuidador y actualizarse agregando cualquier información faltante; el formulario debe entregarse al nuevo cuidador a más tardar en 72 horas para los hogares FAD, y en 5 días naturales para colocaciones que no son de FAD.

**Secciones**

**Información sobre el menor y sus necesidades y sobre visitas**

Es la información básica sobre el menor y debe llenarse con el mayor detalle posible.

Responda a las preguntas sobre las necesidades especiales y visitas.

El asistente social debe revisar esta sección con el nuevo cuidador e indicar con sus iniciales que esto se ha hecho.

**Necesidades relativas a la historia de victimización sexual, problema de comportamiento, o de agresión sexual**

Por favor **no** incluya el nombre de la víctima o el perpetrador.

**INCIDENTE**

La descripción debe incluir toda la información necesaria para que el cuidador comprenda la historia del menor y sus necesidades, como por ejemplo información de la página de agresión sexual en IMPACT, si el niño tiene una historia de agresión sexual o problema de conducta sexual.

**Contacto con la familia, personas allegadas y amistades**

Mencione las personas que pueden tener contacto con el menor e indique su parentesco con el menor, la información de contacto, si el menor puede recibir regalos de esta persona y si se le ha autorizado acceso sin supervisión.

Conteste las dos preguntas bajo la tabla indicando quién no puede tener contacto con el menor y cualquier inquietud especial en cuanto a las relaciones familiares.

**Citas programadas**

Informe de la fecha, hora y ubicación de las próximas audiencias del tribunal, reuniones de planeación de la permanencia y visitas (de haberlas), y responda a las preguntas que siguen.

**Escuela**

Llene la sección sobre la escuela respondiendo a todas las preguntas y poniendo una marca en todas las casillas que correspondan al menor.

**Información médica**

Llene la información sobre el médico de cabecera y proporcione la información sobre cualquier cita programada.

Aborde lo relacionado con los servicios médicos en casa, las vacunas y las necesidades de una dieta especial, e identifique cualquier otra necesidad médica.

Proporcione la fecha, hora y ubicación de cualquier cita médica programada.

**Medicamentos actuales**

Haga una lista de los medicamentos que toma el menor, incluyendo el doctor que los recetó, la dosis, la frecuencia con que los toma, las instrucciones, la fecha en que se surtió por última vez y la razón por la que se recetó el medicamento.

Incluya los medicamentos de venta sin receta.

**Disciplina**

El asistente social debe llenar esta sección junto con el nuevo cuidador al momento de la colocación.

Para colocaciones posteriores, el cuidador actual contesta la número 3 (recursos y técnicas efectivas que se recomiendan para el manejo de la conducta).

**Orientación**

El asistente social debe llenar esta sección durante la conversación con el nuevo cuidador y el menor. El nuevo cuidador y el asistente social (si se trata de un hogar de FAD o de un cuidador allegado deben conversar con el menor sobre los temas enumerados al momento de la colocación; sin embargo, si las circunstancias no se prestan para que el menor participe de manera adecuada en la orientación en ese momento (p. ej., si la colocación ocurre a media noche o si el menor está muy alterado), el asistente social y el cuidador deben llenar esta sección con el menor a más tardar 72 horas después de la colocación.

**Vida social**

Responda las preguntas dando información general sobre la vida social del menor y dé información específica sobre las personas con las que el menor interactúa y las actividades que le gustan al menor.

**Salud mental y conductual**

Marque las casillas y proporcione la información que se le pida.

Explique detalladamente cómo se puede ayudar al menor a controlar su conducta y si hay situaciones que provoquen una intensa respuesta emocional en el menor.

Mencione cualquier otra necesidad de salud mental, si es que la hay.

**Servicios psiquiátricos**

Si el menor ve a un psiquiatra, proporcione información sobre el especialista que esté viendo al menor, cuándo fue la última cita y si tiene otras necesidades psiquiátricas.

Indique la fecha, hora y ubicación de las citas programadas con el psiquiatra.

**Terapia**

Si el menor está viendo a un terapeuta, indique qué tipo de terapia se está siguiendo, el nombre del proveedor, su dirección y teléfono, la fecha de la última consulta y la fecha de la próxima cita.

**Servicios dentales**

Proporcione los datos del proveedor y la información dental general del menor contestando todas las preguntas.

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

**Salida**

El cuidador actual debe llenar esta sección como referencia para colocaciones posteriores.

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

**Pertenencias personales:**

El cuidador actual se asegura de que el menor lleve consigo los artículos de su propiedad, como se explica en esta sección, al lugar de su próxima colocación.

Indique si se recibió y revisó el *life book* (libro con la historia de su vida).

El asistente social revisará el contenido de esta sección.

**Otras necesidades**

Mencione otras necesidades no abordadas en otras partes de este formulario.

**Instrucciones adicionales relacionadas con las colocaciones posteriores**

El formulario debe llenarse y entregarse al asistente social antes de o en el momento en que se recoja al menor del lugar de colocación actual para ser llevado al nuevo.

**Instrucciones adicionales relacionadas con los expedientes escolares:**

Se deben obtener los expedientes escolares actuales. Debe guardarse una copia en el expediente educativo y otra copia en el expediente del caso. Debe actualizarse la información en IMPACT en un plazo de 7 días. El asistente social debe coordinarse con la escuela para asegurarse de que se hayan transferido los expedientes escolares a más tardar 10 días laborales después del traslado. El formulario 2085-E, Designación de la persona que toma decisiones sobre la educación, debe entregarse al cuidador, a todas las partes involucradas, a la escuela y al tribunal a más tardar 5 días después de la audiencia para mostrar motivos o la audiencia contenciosa, y 5 días después de cualquier cambio posterior en la persona que toma decisiones sobre la educación o el padre sustituto.

**Instrucciones adicionales relacionadas con los otorgantes de consentimiento médico**

Si el otorgante de consentimiento médico cambia, debe presentarse a la corte el Formulario 2096, Notification Regarding Consent for Medical Care, dentro de los 5 días laborales siguientes al cambio. Además, debe actualizarse la información en IMPACT sobre el otorgante de consentimiento médico y la colocación el mismo día o a más tardar a las 7:00 p.m. del día siguiente. Entregue el Formulario 2085-B y coordine con el otorgante de consentimiento médico para escoger a un médico de cabecera.

**Firmas**

Las firmas del menor, del nuevo cuidador y del asistente social confirman que se ha hablado de los asuntos necesarios al momento de la colocación. Solo se requiere que el menor firme el formulario si tiene la capacidad cognoscitiva para entender el propósito del documento.

**Copias**

Después de llenar el formulario, debe darse una copia al nuevo cuidador y archivarse la original en el expediente del menor.