

**INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR****PARA LLENARSE POR LOS PADRES DE CRIANZA AL MOMENTO EN QUE EL MENOR BAJO CRIANZA TEMPORAL ESTÉ LISTO PARA DEJAR SU HOGAR.**

Como el cuidador del menor bajo crianza temporal, a menudo está consciente de las cosas especiales que el menor usa para sentirse "en casa". Tómese un minuto y comparta algunos de sus "secretos" para ayudarle al menor bajo crianza temporal a adaptarse más rápidamente a su nuevo hogar. Responda las preguntas que correspondan a este menor y deje el resto en blanco.

(Nombre del menor) \_\_\_\_\_

ha vivido conmigo por (Período de tiempo) \_\_\_\_\_. Edad del menor \_\_\_\_\_

**NIÑO****1. Alimentación:**

- a) ¿A qué hora se sirven las comidas? \_\_\_\_\_
- b) ¿Cuándo se sirven los refrigerios? \_\_\_\_\_
- c) ¿Qué tipos de refrigerios se sirven? \_\_\_\_\_
- d) ¿Qué alimentos no le gustan al menor (o es alérgico a)? \_\_\_\_\_
- e) ¿Cuáles son los alimentos favoritos del menor? \_\_\_\_\_

**2. Para bebés solamente:**

- a) ¿Qué leche de fórmula se usa? \_\_\_\_\_
- b) ¿Con qué frecuencia come el bebé? \_\_\_\_\_
- c) Algunos alimentos sólidos? \_\_\_\_\_
- d) ¿Tiene el bebé algún problema de alimentación?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**3. Bañarse:**

- a) ¿Hay un tiempo establecido para bañarse?    Sí    No    Si contesto "sí", ¿cuándo?: \_\_\_\_\_
- b) ¿Prefiere el niño bañarse o ducharse o ambos?    Baño    Ducha    Ambos
- c) ¿Algún miedo al agua?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**4. Hora de dormir**

- a) ¿A qué hora se duerme el niño y si corresponde, siesta?    Hora de dormir: \_\_\_\_\_    Siesta: \_\_\_\_\_
- b) ¿Hay algún ritual antes de acostarse (p. ej., un baño, una historia, una oración)?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- c) ¿En qué tipo de cama duerme el niño? \_\_\_\_\_
- d) ¿Con quién se duerme el niño en su habitación? \_\_\_\_\_
- e) ¿Se deja una luz encendida?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- f) ¿Duerme el niño con algo especial (p. ej., juguete, chupón, biberón)?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- g) ¿Se despierta el niño durante la noche?    Sí    No    Si contesto "sí", ¿por qué?: \_\_\_\_\_
- h) ¿Se orina el niño en la cama?    Sí    No    ¿Cómo se trata esto? \_\_\_\_\_

Vea la página 4 para leer las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

**5. Cuando el niño necesita consuelo:**

a) ¿A qué técnica está acostumbrado el niño (p. ej., besos, abrazos, masaje de espalda)?

\_\_\_\_\_

b) ¿Cómo se sostiene al bebé (es decir, brazos, hombro)? \_\_\_\_\_

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**6. Disciplina:**

a) Cuando se necesita disciplina, ¿qué funciona? \_\_\_\_\_

Comentarios sobre algunos de los problemas especiales que ha tenido con el niño.

## ADOLESCENTE

**1. Alimentación:**

a) ¿Cuál es el horario de comidas de su familia? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la rutina de comidas del adolescente? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha observado algún síntoma de anorexia, bulimia o acumulación compulsiva?    Sí    No

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

c) ¿Alguna alergia a comida?    Sí    No

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

d) ¿Cuáles son las comidas que le gustan y no le gustan? \_\_\_\_\_

e) ¿Muestra el adolescente una preferencia excesiva por la comida chatarra?    Sí    No

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

f) ¿Se ha controlado el consumo de azúcar debido a los efectos en comportamiento o funcionamiento?    Sí    No

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**2. Higiene personal:**

a) Tiene una preferencia para    Bañarse    Ducharse

b) Si es una joven, ¿menstrúa?    Sí    No

¿Algún problema? \_\_\_\_\_

c) Si es un joven, ¿se afeita la cara?    Sí    No

d) Indique el deseo o los requisitos del adolescente para productos de higiene especiales.

\_\_\_\_\_

e) ¿Requiere el adolescente supervisión de higiene personal?    Sí    No

Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**3. Hora de dormir:**

- a) ¿Hay un horario regular para irse a dormir?    Sí    No    Si contesto "sí", indique la hora: \_\_\_\_\_
- b) ¿Ha dormido el adolescente solo o con otros en una habitación?    Solo    Con otros
- c) ¿Hay alguna necesidad especial (*p. ej., luces encendidas, puerta abierta o cerrada, música, lectura*)?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**4. Conductas:**

- a) Dé una breve descripción de la rutina diaria del adolescente. \_\_\_\_\_
- b) ¿Alguna conducta impulsiva? Describa.    Sí    No  
Si contesto "sí", describa: \_\_\_\_\_  
¿Frecuencia? \_\_\_\_\_
- c) ¿Alguna indicación de abuso sexual y/o cualquier actividad sexual inapropiada?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- d) ¿Mienta o roba?    Sí    No  
Si contesto "sí", dé un ejemplo: \_\_\_\_\_
- e) ¿Es abusivo el adolescente con los demás o con los animales?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- f) ¿Sale ya en citas el adolescente (*es decir, cita a solas, cita en grupo, llega a tiempo a casa*)?    Sí    No
- g) ¿Cómo maneja las relaciones con los compañeros? \_\_\_\_\_
- h) ¿Fuma el adolescente?    Sí    No \_\_\_\_\_
- i) ¿Ha habido algún ejemplo de abuso de sustancias (*experimentación o problemas*)?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_

**5. Pasatiempos:**

- a) Dé una descripción breve del interés o habilidad en pasatiempos y/o deportes. \_\_\_\_\_
- b) ¿Muestra interés en las actividades de la escuela o iglesia?    Sí    No \_\_\_\_\_

**6. Escuela:**

- a) ¿Algún problema de absentismo escolar?    Sí    No  
Si contesto "sí", explique: \_\_\_\_\_
- b) Indique intereses especiales. \_\_\_\_\_
- c) Indique la actitud general hacia la escuela (*es decir, reglas, autoridad y ambiente estructurado*).  
\_\_\_\_\_

Comentarios

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.