

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

A SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO FUERA DEL HOGAR LOS PADRES DE CRIANZA AL MOMENTO EN QUE EL NIÑO(A) ESTÉ LISTO PARA SALIR DE SU HOGAR. Como el proveedor(a) de cuidado para su niño de crianza, a menudo sabe usted las cosas especiales a las que estaba acostumbrada el niño(a) para hacer “sentirse como en casa” Favor de tomar un momento y compartir algunos de sus “secretos” para ayudar su niño(a) de crianza acostumbrarse a su nueva casa. Conteste las preguntas que se aplica a este niño(a) y dejar las demás en blanco. Conteste las preguntas que se aplica a este niño(a) y dejar las demás en blanco. Esto es un formulario de cuatro (4) páginas, secciones 1 – 4 son dirigidos a un niño menor y las secciones 2 – 12 son dirigidos a un niño mayor.

_____ ha vivido conmigo durante _____ Edad del niño/a: _____
(Nombre del niño/a) (Cuánto tiempo)

1. Comer:

- a. ¿A qué hora sirva las comidas? _____
- b. ¿A qué hora sirva los bocadillos? _____
- c. ¿Qué tipo de bocadillos se sirva? _____
- d. ¿Cuáles comidas no le gusta al niño(a)? _____
(¿o tiene alergia a?) _____
- e. ¿Cuáles son las comidas favoritas del niño(a)? _____

Sólo para bebés:

- a. ¿Cuál tipo de fórmula infantil se usa? _____
- b. ¿Cuántas veces come el bebe? _____
- c. ¿Come comidas sustanciosas? _____
- d. ¿Tiene algunos problemas de comer? _____

2. Bañarse:

- a. ¿Hay una hora fijada para bañarse? _____
- b. ¿Prefiere un baño, una regadera o ambos? _____
- c. ¿Tiene algún miedo de agua? _____

3. Hora de dormir:

- a. ¿A qué hora se acuesta el niño(a), y si se aplica, toma una siesta? Hora de dormir _____ Hora de siesta _____
- b. ¿Hay alguna rutina antes de acostarse (*un baño, un cuento, una oración*)? _____
- c. ¿En qué clase de cama duerme el niño(a)? _____
- d. En su cuarto, ¿con quién duerme el niño(a)? _____
- e. ¿Apague la luz o no? Sí No _____
- f. ¿Duerme el niño(a) con algo especial (*un chupete, biberón, etc.*)? _____
- g. ¿Se despierta durante la noche? Sí No ¿Por qué? _____
- h. ¿Se orina en la cama? Sí No ¿Cómo lo maneja? _____

4. Cuando necesita el niño(a) consuelo:

- a. ¿A cuáles técnicas está acostumbrado el niño(a) (*besos, abrazos, frotar la espalda, etc.*)? _____
- b. ¿Cómo se lleva al bebé (*en los brazos encima de los hombros*)? _____

5. Cuando se necesita disciplina, ¿qué sirve? _____

6. Comente acerca de algunos problemas espaciales que ha tenido con este niño(a). _____

7. Comer:

a. ¿Tiene comidas familiares a horas fijadas? _____

¿Cómo es la rutina de comidas del joven? _____

b. ¿Ha observado algunos síntomas de anorexia, bulimia, o amontonar? _____

c. ¿Tiene algunas alergias a comida? _____

d. ¿Cuáles comidas le gustan o no le gustan al joven? _____

e. ¿El/la joven demuestra una preferencia excesiva de porquerías? Sí No _____

f. ¿Ha sido controlado el consumo de azúcar debido a los efectos en su comportamiento? Sí No _____

8. Higiene Personal:

a. ¿Prefiere un baño o regadero? _____

b. Si es niña, ¿tiene la regla? Sí No ¿Hay problemas? _____

c. Si es niño, ¿se afeita la cara? Sí No _____

d. Indica una preferencia o necesidad de productos especiales de higiene del joven. _____

e. ¿Se necesita controlar la higiene personal del joven? _____

9. Acostarse:

a. Si hay una hora normal para acostarse, indica la hora _____

b. ¿Ha dormido el joven en un cuarto solo o con otros? _____

c. ¿Hay algunas necesidades especiales (*luces prendidas, puerta abierta/cerrada, música, leer, etc.*)? _____

10

Comportamientos:

- a. Describa brevemente la rutina diaria del joven. _____
- b. ¿Traveseaba el niño(a)? Describe. ¿Frecuencia? _____
- ¿Hay algunas indicaciones de abuso sexual, y/o cualquier actividad sexual inapropiada? Sí No
- c. En caso afirmativo, explique: _____
- d. ¿Miente o roba? Sí No En caso afirmativo, dé un ejemplo: _____
- e. ¿El joven abusa de otros o animales? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
- ¿El joven ya sale con muchachos(as) (a solas, en grupo, llega a su casa a tiempo)? Sí No
- f. En caso afirmativo, dé un ejemplo: _____
- g. ¿Cómo maneja las relaciones paritarias? _____
- h. ¿Fuma el joven? Sí No _____
- i. ¿Haya sido algunos ejemplos de abuso de (*experimentación o problemas*) drogas y/o alcohol?
 Sí No En caso afirmativo, explique: _____

11

Pasatiempos:

- a. Describe brevemente los intereses o habilidades para pasatiempos y/o deportes.. _____
- b. ¿Demuestra interés por las actividades de la escuela o de la iglesia? Sí No _____

12

Escuela:

- a. ¿Hay algunos problemas con ausencia sin permiso? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
- b. Indica intereses especiales. _____
- c. Indica su actitud general con respecto a la escuela (*reglas, autoridad y ambientes estructuradas*). _____

Para comentarios, vaya a la sección 13. en la página 4.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.