

Instrumento de planeación de permanencia para niños y jóvenes menores de 18 años (Plan Dirigido por la Familia)

Inicial Revisión

Nombre del niño o joven	LA Comp. Code/LA Case No.	Fecha de la reunión de planeación de permanencia	Fecha de ingreso
Núm. de Seguro Social	Núm. de Medicaid	Fecha de nacimiento	Edad
Nombre del centro	Nombre del contacto		Clave del área y teléfono
Nombre del padre o tutor	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Clave del área y teléfono
El resumen se obtuvo por medio de (puede marcar más de uno):			
<input type="checkbox"/> Conversaciones con la familia o el Representante Legalmente Autorizado (LAR)		<input type="checkbox"/> Revisión de los archivos del centro	
<input type="checkbox"/> Conversaciones con el niño o joven		<input type="checkbox"/> Observación del niño	
<input type="checkbox"/> Conversaciones con el personal del centro		<input type="checkbox"/> Otro método (indique):	
Completado por (dé su nombre, afiliación y correo electrónico):			Clave del área y teléfono

Sección 1. Información sobre el niño o joven

Parte 1. Descripción del niño o joven: ¿quién es el niño o joven?

A.	<p>Describa al niño o joven, su personalidad, características, cualidades, qué le gusta o no le gusta, su comportamiento y reacción ante los demás, en términos no técnicos.</p>																												
B.	<p>Descripción de las destrezas y habilidades del niño o joven</p> <p>Nivel de discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> no aplica <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> profundo <input type="checkbox"/> se desconoce</p> <p>Identifique todos los problemas sensoriales <input type="checkbox"/> vista <input type="checkbox"/> audición <input type="checkbox"/> tacto <input type="checkbox"/> gusto <input type="checkbox"/> olfato</p> <p>Identifique la discapacidad del desarrollo del niño o joven _____</p> <p>¿Para qué cosas necesita ayuda? (por ejemplo, comer, vestirse, asearse, ir al baño)? Sea específico.</p> <p>Comer: _____</p> <p>Vestirse/Asearse: _____</p> <p>Ir al baño: _____</p>																												
C.	<p>Información médica</p> <p><i>Anote los padecimientos médicos que son tratados por algún servicio de intervención profesional de atención médica y especifique el tipo y la frecuencia de la intervención. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).</i></p>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Descripción del padecimiento: salud física</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">¿Se trata con medicamentos?</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">¿Se trata con intervención de atención médica?</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Describa el tipo y la frecuencia de la intervención</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;">Sí</th> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 5%;">Sí</th> <th style="width: 5%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción del padecimiento: salud física	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención	Sí	No	Sí	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Descripción del padecimiento: salud física	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención																								
	Sí	No	Sí	No																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									

Descripción del padecimiento: salud mental	¿Se trata con medicamentos?		¿Se trata con intervención de atención médica?		Describa el tipo y la frecuencia de la intervención
	Sí	No	Sí	No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Información adicional

Estatura	Peso	¿Usa la persona una sonda alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa la persona un ventilador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	------	---	---

Alergias

Otra información médica

Parte 2. Relación con la familia y demás personas allegadas

Relaciones. Describa las relaciones actuales y las pasadas, su capacidad para mantener relaciones familiares y relaciones importantes en el pasado.

- A. Si el niño o joven ha estado viviendo fuera de la casa de la familia, ¿cuál ha sido el modelo de interacción de la familia con el niño o joven (por ejemplo, número de visitas al centro, visitas a la casa, paseos, cartas, llamadas telefónicas)? ¿Ha participado la familia en la planeación de servicios con el centro en el último año y ha estado disponible para el centro cuando se necesitaba para tomar decisiones médicas, etc.?
- B. Identifique a las personas en la vida del niño o joven, incluso los cuidadores, los proveedores de servicios y demás personas con quienes tenga (o haya tenido) una relación importante de afecto y apego. Describa la naturaleza, la duración y la continuidad de cada relación.

Parte 3. Historia antes de la colocación

- A. Continuidad de servicios y necesidad de servicios cuando vivía con la familia biológica. Piense en lo siguiente:
¿Cuáles fueron las circunstancias de la familia que los indujo a buscar un arreglo de vivienda para el niño fuera de la casa de la familia?

¿Qué tipo de ayuda o apoyo recibía la familia para cuidar al niño en casa y quién brindaba la ayuda? ¿Qué funcionó para la familia y qué no funcionó?

Marque todas las razones que hayan causado la colocación inicial del niño o joven en un centro para convalecientes:

No había apoyo
 El niño o joven es muy grande para que el padre de familia lo cuide
 Las necesidades médicas eran muy costosas
 Había problemas de comportamiento
 Los apoyos eran inadecuados
 Los padres se divorciaron o se están divorciando
 Solo había un padre de familia
 El centro puede satisfacer las necesidades médicas
 Otra:

B. Lugares de colocación previa. Anote los lugares de colocación en orden (comenzando con el más reciente); incluya las veces que vivió en casa o bajo cuidado temporal.

Nombre del lugar de colocación	Cuándo y por cuánto tiempo	Tipo de residencia	¿Por qué se fue el niño o joven de este lugar?

Sección 2. Metas para el futuro

Parte 1. Información sobre las opciones

A. Opciones para vivir con la familia:

Meta	Descripción	Tiene que escoger una meta de permanencia Indique con una marca <input checked="" type="checkbox"/>
Meta 1	Colocar al niño o joven en casa con acceso a los servicios necesarios	<input type="checkbox"/>
Meta 2	Colocar al niño o joven con una familia alternativa con acceso a los servicios necesarios	<input type="checkbox"/>

¿Apoya la familia alguna de las opciones de colocación en familia (Meta 1 ó 2)? Sí No

Comentarios:

¿Comprende la familia que mantendrá la patria potestad al escoger cualquier opción de colocación en familia? Sí No

Dé un resumen de la conversación con la familia, el LAR u otra persona. Incluya:

- La información sobre las opciones de vivienda en la comunidad que se dio a la familia, al LAR o a otra persona;
- Las opciones de vivienda en la comunidad que la familia, el LAR u otra persona visitó y las que le interesa visitar; y
- Cualquier problema, inquietud o pregunta identificada por la familia, el LAR u otra persona.

Parte 2. Apoyos necesarios para lograr las metas

¿Qué necesitará el niño o joven para vivir en casa o en otro lugar en familia?	Dé los detalles	¿Se necesita este apoyo para que el niño o joven pueda vivir con una familia?
Modificaciones en el hogar		<input type="checkbox"/> Sí
Intervención de la conducta		<input type="checkbox"/> Sí
Cuidado de niños		<input type="checkbox"/> Sí
Intervención en crisis		<input type="checkbox"/> Sí
Equipo médico duradero		<input type="checkbox"/> Sí
Alternativa en familia		<input type="checkbox"/> Sí
Servicios de salud en casa		<input type="checkbox"/> Sí
Servicios de salud mental, orientación		<input type="checkbox"/> Sí
Supervisión durante la noche		<input type="checkbox"/> Sí
Servicios médicos continuos		<input type="checkbox"/> Sí
Ayuda personal: actividades de la vida diaria		<input type="checkbox"/> Sí
Servicios de relevo: en casa		<input type="checkbox"/> Sí
Servicios de relevo: fuera de casa		<input type="checkbox"/> Sí
Equipo especial (incluso ayudas para la adaptación)		<input type="checkbox"/> Sí
Terapias especializadas		<input type="checkbox"/> Sí
Transporte especializado		<input type="checkbox"/> Sí
Otra capacitación para el cuidador		<input type="checkbox"/> Sí
Transporte		<input type="checkbox"/> Sí
Defensor voluntario		<input type="checkbox"/> Sí

¿Está el niño o joven en el proceso de inscribirse en un programa opcional de Medicaid (como el programa opcional de HCS) o llena los requisitos para recibir fondos de "el dinero va con la persona" para salir de un centro para convalecientes (como CLASS o MDCP)? Sí No

Si contesta "Sí", indique cuál:

¿Está el niño o joven actualmente inscrito en algún programa opcional de Medicaid (como el programa opcional de HCS, CLASS, CBA, etc.)? Sí No

Si contesta "Sí", indique cuál:

Información sobre el padre de familia o tutor

Nombre del padre o tutor	Núm. de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección del padre de familia o del tutor (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del padre de familia o tutor		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del padre o tutor	Núm. de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección del padre de familia o del tutor (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del padre de familia o tutor		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de un familiar o de otro contacto	Núm. de licencia para manejar	Clave del área y teléfono de la casa	
Dirección de un familiar o de otro contacto (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo del padre de familia o tutor		Clave del área y teléfono del trabajo	
Dirección (calle, Núm. de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal

- Acepto avisar a la autoridad local y al proveedor si la información anterior cambia.
- Entiendo que la colocación de mi hijo se considera temporal y que se pondrán en contacto conmigo para que participe en las actividades de planeación de permanencia cada 6 meses y en la planeación de servicios por lo menos una vez al año.
- Estoy de acuerdo en hacer los esfuerzos razonables para participar en la vida de mi hijo y en la planeación de actividades para él.

 Firma del padre de familia o del tutor

 Fecha

 Firma del padre de familia o del tutor

 Fecha

**Las firmas son necesarias para el plan de permanencia inicial.
 Los padres o el tutor tienen que verificar la información durante las revisiones del plan de permanencia.**