

HOJA DE COBERTURA DEL CLIENTE DE SALUD DE COMPORTAMIENTO ADHS-DBHS

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ N° de Identificación CIS del Cliente _____
Dirección _____ N° de Seguro Social del Cliente _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ N° de Identificación de AHCCCS _____
Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Plan de Salud AHCCCS _____
Sexo: Masculino Femenino Idioma Primordial / De Preferencia _____

Necesidades Especiales:

Intérprete No Sí, especifique idioma _____
Asistencia de Movilidad No Sí, identifique asistencia necesitada _____
Asistencia de Discapacidad de la Vista No Sí, identifique asistencia necesitada _____
Asistencia de Discapacidad Auditiva No Sí, identifique asistencia necesitada _____
Necesidad de Arreglo de Cuidado de Niño No Sí, identifique necesidad _____

Contactos Clave:

Médico de Cuidado Primordial / Médico: _____ Teléfono _____ Fax _____
Dirección de Médico de Cuidado Primario / Médico: _____
Tutor: _____ Teléfono _____
Custodia: Única Conjunta Tutela Judicial (Tutor DES) _____
Padre(s) / Padrastro(s) _____ Teléfono _____
_____ Teléfono _____
_____ Teléfono _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono _____
Dirección: _____

Otros Contactos Clave (por ejemplo, escuela, funcionario de libertad condicional/régimen probatorio, alguna otra agencia implicada (CPS, DDD), vecinos, abuelos):

Nombre y Parentesco Hacia la Persona _____
Teléfono _____ Fax _____
Nombre y Parentesco Hacia la Persona _____
Teléfono _____ Fax _____
Nombre y Parentesco Hacia la Persona _____
Teléfono _____ Fax _____
Nombre y Parentesco Hacia la Persona _____
Teléfono _____ Fax _____

Cobertura de Seguro: Medicare Privado (pagado por sí mismo) TriCare Blue Cross HMO Otro Ninguno

Compañía de Seguro _____ N° de Identificación de Seguro: _____
N° de Póliza: _____
(Adjunte Copia de la Tarjeta del Seguro)

Persona que Llenó Documento y Titulo: _____ Fecha _____

PARTE A: EVALUACIÓN CENTRAL: *NACIMIENTO* – 5
(Para niños desde nacimiento hasta el día que cumplan 5)

RAZON POR LA EVALUACIÓN

1. ¿Qué preocupaciones, necesidades o preguntas tiene usted respecto a su hijo? ¿Qué le animó a que viniera en este momento?
(Pregúntele al padre / proveedor de cuidados a que describa la frecuencia, intensidad y duración de síntomas, circunstancias en la cual se desarrollan y siguen ocurriendo, circunstancias que hacen mejorar y que hacen empeorar, etc.).

2. ¿Qué efecto han tenido éstas dificultades sobre su familia? ¿Qué efecto han tenido éstas dificultades sobre otros quienes están envueltos con su hijo o familia? _____

3. ¿Qué h intentado previamente lo cual ha ayudado, no ha afectado, o lo ha empeorado? _____

4. ¿Ha recibido su hijo previamente evaluaciones previas o servicios de salud de comportamiento? _____

5. ¿Qué es la cosa de mayor importancia que podemos hacer para usted hoy día? _____

6. ¿Qué resultados le gustaría ver ocurrir de servicios que proveeremos? _____

RUTINAS / ACTIVIDADES DEL NIÑO

1. ¿Cuán bien cae dormido su niño, permanece dormido, o despierta por la mañana? _____

2. ¿Cuán bien come su niño? (¿Alguna dificultad o sensibilidades a ciertos alimentos o características de alimentos tales como textura, olor, temperatura? ¿Alguna restricción dietética? ¿Algún problema al alimentar o amamantar al recién nacido?) _____

3. ¿Cuán bien se adapta su niño a situaciones nuevos o cambios en rutinas? ¿Cuán bien responde su niño a sus intentos de apaciguarlo o consolarlo cuando algo le trastorna? _____

4. ¿Cómo reacciona su niño a experiencias diarias tal como ser bañado, cuando se le lava el cabello, llevar ropa nueva, ser columpiado o levantado en el aire, oír sonidos fuertes o estar en situaciones ruidosas, ver colores vívidos o luces brillantes? (¿Parece su niño excesivamente sensible a cualquiera de éstos? ¿Parece su niño no responder a cosas que usted esperaría de él / ella?) _____

5. Describa el día típico de su niño. _____

ASUNTOS DE DESARROLLO

1. ¿Qué considera usted muy extraordinario o especial acerca de su niño? ¿Qué es lo que más aprecia, goza o se enorgullece de su niño? ¿Qué talentos, dones o virtudes cree usted despliega su niño? _____

ASUNTOS DE DESARROLLO (continuado)

2. ¿Existen cosas que su niño aprende más rápidamente que otros niños de la misma edad o que puede hacer físicamente que otros no pueden? No Sí. Si sí, explique. _____

3. ¿Existen cosas que su niño aprende más lentamente que otros niños de la misma edad o no puede hacer físicamente lo que otros pueden? No Sí. Si sí, explique. _____

4. ¿Tiene usted alguna inquietud acerca del control del cuerpo de su niño (por ejemplo, acostumbrar a su niño a ir solo al baño, tomar sus primeros pasos, usando palabras, lograr que se alimente por sí mismo)? No Sí. Si sí, explique. _____

5. ¿Tiene usted alguna inquietud que su niño quizás no esté creciendo a un paso normal? No Sí. Si sí, explique. _____

6. ¿Es incapaz su niño de mantenerse al ritmo con otros niños de la misma edad cuando juegan juntos? No Sí. Si sí, explique. _____

7. ¿Alguna vez ha sido mandado su niño a, o ha recibido servicios a través de la División de Discapacidades de Desarrollo (DDD, siglas en ingles por División de Discapacidades de Desarrollo), Arizona Early Intervention Program (AzEIP, siglas en inglés por Programa de Intervención Temprano de Arizona) o Healthy Families (Familias Saludables) o han obtenido el Individualized Education Plan (IEP, siglas en ingles por Plan de Educación Individualizado) No Sí. Si sí explique. _____

Complete la Lista de Control de Desarrollo o Addenda ASQ AHORA si respuestas a preguntas 3, 4, 5, 6 o 7 son SÍ. Si no, el Addenda puede ser completado en una cita proseguida.

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

1. ¿Cómo está la salud general del niño hoy? (¿Lo considera usted saludable?) _____

2. ¿Tiene su niño algún problema médico? ¿Ha tenido alguno en el pasado? No Sí. Si sí, explique. ¿Ha tenido su niño cuidado médico regular? Sí No. Si no, explique. _____

3. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicinas, alimentos u otras cosas en el medio ambiente (polvo, mascotas, ciertas plantas o pólenes, etc.)? No Sí. Si sí, explique. _____

4. ¿Ha sufrido su niño alguna lesión de la cabeza u otras lesiones o enfermedades que requirieron una visita a un doctor, el centro de cuidados urgentes o la sala de emergencia? No Sí. Si sí, explique. _____

5. ¿Esta tomando su niño algún medicamento recetado? No Sí. Si sí, explique. ¿Algún medicamento o suplemento natural, a base de hierbas o medicamentos alternativos? No Sí. Si sí, explique. ¿Ha requerido su niño medicamentos a largo plazo por cualquier razón en el pasado? No Sí. Si sí, describa. _____

6. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez su niño, o necesitó residir fuera del hogar para recibir cuidado médico? No Sí. Si sí, explique. _____

7. ¿Ha sido tratado su niño para ataques? No Sí. Si sí, explique. _____

Complete el Addenda Médico si la respuesta a preguntas 6 o 7 son Sí.

EVALUACIÓN DE RIESGO

1. ¿Alguna vez ha sido lastimado su niño físicamente, emocionalmente o sexualmente? ¿Alguna vez ha sido expuesto su niño a mal tratos? No Sí, si sí explique. ¿Su niño está actualmente en peligro? No Sí. Si sí, explique. _____

2. ¿Ha tenido que pasar su niño ser descuidado o ser privado de recibir cuidado apropiado por algún período significativo? No Sí. Si sí, explique. ¿Tiene usted alguna inquietud actual concerniente al buen cuidado de su niño? No Sí. Si sí, explique. _____

3. ¿Alguna vez le ha golpeado a usted su niño o intencionalmente ha dañado a alguien más? No Sí. Si sí, explique. ¿Usted o otros sienten peligro alrededor de su niño? No Sí. Si sí, explique. _____

4. ¿Alguna vez ha le ha hecho usted daño a su niño, ha llegado cerca de dañar a su niño o ha sido acusado de dañar a su niño? No Sí. Si sí, explique. _____

5. ¿Alguna vez ha aparentado actos sexuales su niño? No Sí. Si sí, explique. _____

6. ¿Ha presenciado alguna vez su niño violencia entre otra gente? No Sí. Si sí, explique. _____

SOLO complete preguntas abajo si la respuesta es Sí a uno o más de preguntas de encima.

7. ¿Cómo cree usted que asuntos de arriba le han afectado a usted y a su niño?

8. ¿Cree usted que cualquiera de estos asuntos debe ser un centro de tratamiento en este momento? No Sí. Si sí, explique.

EVALUACIÓN DE RIESGO

9. Basado en respuestas encima de y su propia observación, usted como evaluador siente:

a. ¿Hay un riesgo inmediato de la seguridad para el niño o para cualquier otros cerca del niño? No Sí. Si sí, explique.

b. ¿El padre / proveedor de cuidados parece estar en riesgo o tiene indicios de la necesidad para una evaluación de la crisis (síntomas observables, el riesgo para síndrome de abstinencia, maloliente, desnutrido, deshidratado, etc)? No Sí. Si sí, explique.

El Deber de Informar: Si usted siendo el evaluador cree que el niño es o ha sido la víctima de una lesión física no accidental, maltratos, abusos deshonestos o sufrimiento de privaciones, existe el deber informar a un agente de la policía o CPS (Vea A.R.S. 36-2881). Si usted no está en lo claro acerca de su deber informar, favor de consultar con su supervisor.

Si el deber informar es justificado, explique la acción tomada.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

1. ¿Quién vive en casa todo el tiempo? ¿Parte de veces? ¿Quién más de la familia vive cerca? _____

2. ¿Quién proporciona cuidado de su niño y quién más es importante como una fuente de apoyo o una influencia importante en su niño? (incluya a abuelos, la familia extendida, proveedores de cuidado durante el día, maestros, médicos, ministros / pastores u otros que proveen apoyo espiritual) _____

3. ¿Existen actualmente situaciones estresantes de familia o situaciones que afectan el funcionamiento de familia? No Sí. Si sí, explique. _____

OBSERVACIONES E INFORMES REPORTADOS DEL NIÑO

Basado en sus observaciones e impresiones del niño, el evaluador debe describir del niño:

1. Apariencia

2. Presentación general:

a. 0-3 años de edad (calmado o fastidioso; aferrado o despegado; inquieto o tranquilo; fácil de apaciguar o difícil de apaciguar; bajo reactivo o sobre reactivo a estímulos; contento o llorando; retrocedido o maduro para su edad) o

b. 4-5 años de edad (pegado o distante; relajado o inquieto; juguetón o resistente a la comunicación; temeroso o seguro; inestable o consecuente).

3. Reacción **inicial a cambios** durante el proceso de la evaluación (la presencia de desconocidos, cambios en la actividad, separaciones y reuniones breves con padres / proveedor de cuidados).

4. Capacidad de autoregularse (reacciones a estímulos externos, comportamiento o movimientos atípico, tolerancia a la frustración).

5. **El Habla** (calidad y cantidad, el habla o vocalizaciones apropiados para su edad, volumen, velocidad).

OBSERVACIONES E INFORMES REPORTADOS DEL NIÑO (continuado)

6. Actividad y coordinación motrices:

a. Tono de músculo y movilidad:

b. Coordinación en bruto (infantes: la capacidad de empujarse para levantarse, control de la cabeza, estar sentado o estar de pie; niños pequeños que empiezan a andar: capacidad de caminar, correr, saltar, brincar, atrapar)

c. Coordinación motriz fino (infantes: capacidad de agarrar, aventar, la transferencia de una mano a la otra; niños pequeños que empiezan a andar: el uso de tijeras, garabatear, atrapar)

d. Calidad y cantidad de la actividad (hiperactivo, inquieto, agitado, lento)

7. Pensamientos (temores, sueños o pesadillas, preocupaciones, inconexo, alucinaciones).

8. Humor y afecto (verbal y comunicación no verbal; expresión facial; el alcance, intensidad y duración de la emoción expresada; receptividad a situaciones, padres / proveedor de cuidados).

9. Relación (con padres, con otros miembros de la familia, con el examinador; describa el nivel del contacto físico, expresiones de cariño verbal y no verbal).

10. Juego (nivel de sofisticación, temas, el nivel de iniciación con miembros de familia o clínico, receptividad a la iniciación de juego por otros).

11. Nivel del conocimiento (alerta, tranquilo, dormido).

OBSERVACIONES DE INTERACCIONES ENTRE NIÑO Y FAMILIA

Basado en sus observaciones e impresiones de la interacción entre niño y familia, el evaluador debe describir:

1. Cómo juega la familia juntos.

2. Interacciones del niño con sus hermanos.

3. Nivel del cariño de los padres / proveedor de cuidados con su niño.

4. Buena disposición de los Padres / proveedor de cuidados a captar y interactuar con su niño.

5. Lo apropiado de la reacción de los padres / proveedor de cuidados a los impulsos del niño.

6. Capacidades de los padres / proveedor de cuidados de fijar límites a su niño y a disciplinar.

OBSERVACIONES DE INTERACCIONES ENTRE NIÑO Y FAMILIA (continuado)

7. Capacidad de los padres / proveedor de cuidados de responder a y regular las reacciones emocionales del niño (¿son capaces de calmar?)

8. Nivel de la vigilancia y proteccionismo de los padres / proveedor de cuidados a su niño

9. La calidad de la presentación de los padres / proveedor de cuidados de su niño (¿Cuánto conocen los padres / proveedor de cuidados acerca de su niño? ¿Cuál es la actitud general hacia su niño? ¿Cuál es la actitud general hacia el evaluador? ¿Cómo hablan acerca de su niño?)

FORMULACION CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO (continuado)

3. **Axis III - Condiciones Médicas:** Identifique las condiciones médicas específicas de la persona y marque las categorías de la enfermedad debajo de que las que aplica.

- Enfermedades Contagiosos y Parasitario (001-139):** abscesos, infecciones, tuberculosis, IVH / SIDA, pulmonía, infecciones de sangre, CMV, RSV
- Neoplasmas (140-239):** cáncer
- Endocrina, Nutricional, Enfermedades Metabólicos e Desordenes de Inmunidad (240-279):** diabetes, desordenes del tiroides, deficiencias de hierro o vitaminas, deficiencias inmunes
- Enfermedades de la Sangre y Órganos Formadores de Sangre (280-289):** hemofilia, anemia
- Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos del Sentido (320-389):** ceguera, sordera, pérdida de sensación, encefalopatía hipoxia, hemorragia intra ventricular, meningitis, hidrocefalia, ataques
- Enfermedades del Sistema Circulatorio (390-459):** defecto congénito de corazón, cardiomiopatía
- Enfermedades del Sistema Respiratorio (460-519):** asma, enfermedad crónica de pulmón, traqueomalacia
- Enfermedades del Sistema Digestivo (520-579):** desordenes de estómago, úlceras, reflujo esophageal (GERD siglas en inglés), enfermedad del hígado, enfermedad pancreática, desnutrido cuando era niño, anomalías, dificultades de alimentación
- Enfermedades del Sistema Genitourinario (580-629):** problemas de la vesícula, desórdenes de riñón (renal) o anomalías
- Complicaciones del Embarazo, Parto, y del Puerperio (630-676):** prematuro, retardación de crecimiento intrauterino, exposición de droga o alcohol intrauterino, síndrome de alcohol fetal
- Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo (680-709)**
- Enfermedades del Sistema Músculoesquelético y Tejido Conectivo (710-739):** desórdenes ortopédicos, fracturas / dislocaciones / deformidades, parálisis cerebral
- Anomalías Congénitos (740-759):** desórdenes genéticos, deformidades de nacimiento
- Ciertas Condiciones que Originan en el Período Perinatal (760-779):** fracaso prosperar, cólico, problemas de alimentación
- Síntomas, Señas, y Condiciones No Claras (780-799):** retinopatía o prematuréz, raquitismo, otitis crónica media
- Heridas y Envenenamiento (800-999):** lesiones traumáticas, ingestiones de sustancias venenosas / tóxicas

4. **Axis IV – Elementos de Tensión Psychosociales o Ambientales**

Problemas con / relacionados a:

- Grupo de Apoyo Primario
- Problemas Educativos
- Problemas de Trabajo
- Problemas Maritales
- Problemas de Vivienda
- Interacción con Sistema Legal
- Acceso a Servicios de Cuidado de Salud
- Problemas de Familia
- Uso de Sustancia en el Hogar
- Otro _____

Pérdidas Recientes Significantes:

- Muerte
- Lesión
- Médico / Quirúrgico
- Trabajo
- Divorcio / Separación
- Accidente / Lesión
- Hijo Removido del Hogar
- Actos Violentos en Contra de Familia / Persona
- Otro _____

5. **Axis V –Resultado de Escala de Evaluación Global del Niño (CGAS)** (cuenta específica no una amplitud): _____**

Escala	Resultado de Escala de Evaluación Global del Niños (CGAS)
100-91	Funcionamiento Superior
90-81	Buen Funcionamiento en Todas Áreas
80-71	No Más Que Deterioro Leve al Funcionar
70-61	Alguna Dificultad en Una Sola Área. Pero Generalmente Funcionando Bastante Bien
60-51	Funcionamiento Variable con Dificultades o Síntomas Esporádicos en Varios pero no Todas Áreas Sociales
50-41	Grado Moderado de Interferencia al Funcionar en la Mayoría de las Áreas Sociales o Deterioro Severo de Funcionar en Una Área
40-31	Deterioro Mayor al Funcionar en Varias Áreas e Incapaz de Funcionar en uno de Estas Áreas
30-21	Incapaz de Funcionar en Casi Todas las Áreas
20-11	Necesita Supervisión Considerable (mucho más allá de lo que es propio para su edad)
10-1	Necesita Supervisión Constante (mucho más allá de lo que es propio para su edad)

PRÓXIMOS PASOS/PLAN DEL SERVICIO PROVISIONAL

1. **Plan de Servicio Provisional.** Basado en los asuntos presentados del niño, sus impresiones y las preferencias del niño y sus padres/proveedor de cuidadoso, describa en el Plan de Servicio Provisional debajo los pasos recomendados próximos (por ejemplo, la formación de un Equipo*, la respuesta a riesgos y necesidades inmediatos del niño, evaluación adicional, respuestas apropiados). Adicionalmente, este Plan de Servicio Provisional debe incluir:

- Referencia al médico principal de cuidados del niño, si los *problemas físicos de salud* han sido identificados o si el niño no ha tenido las visitas regulares de bienestar EPSDT (siglas en ingles por Selección, Diagnóstico, y Tratamiento Temprana y Periódica) .
- Referencia de cualquier niño bajo la edad de 3 hacia AzeIP, (siglas en ingles por *Programa de Intervención Temprano de Arizona*) si provocado por el *Addenda de la Lista de Verificación de Desarrollo*
- Consideraciones adicionales para la reacción urgente para niños removidos por *Servicios de Protección al Menor***

El evaluador puede agregar también una declaración de la meta, si es apropiado.

*Si se ha formado un equipo AzeIP IFSP para el niño, el Enlace Clínico coordinará las funciones de CFT con funciones de IFSP para evitar los procesos duplicativos entre sistemas y asegurar la consistencia y compatibilidad de planes de servicio.

** Para la reacción urgente **para niños recogidos por Servicios de Protección al menor**, el evaluador debe incluir como parte de los próximos pasos recomendados/ Plan de Servicio Provisional, identificación de:

1. Acciones necesitadas ser tomado inmediatamente al atenuar los efectos del removimiento en sí;
2. Apoyos y servicios que los proveedores de cuidado del niño pueden necesitar al reunir las necesidades de niño; y
3. Un plan para asegurar que aún niños sin síntomas son revalorados y observados para hace surgir las necesidades de la salud de comportamiento dentro de por lo menos los próximos 23 días (o más pronto si es indicado).

El evaluador puede proporcionar también cualquier entrada que tenga en cuanto los tipos y la cantidad/frecuencia del contacto (por ejemplo, visitas, llamadas de teléfono, correo electrónico) que el niño debe tener con los padres, hermanos, parientes y otros individuos importantes al niño

<u>Descripción de Próximos Pasos (Acción) Que se Tomarán</u>	<u>Quién Será Responsable Asegurarse que la Acción Ocurra</u>	<u>Donde se Llevará Acabo Acción/Paso (por ejemplo, proveedor)</u>	<u>Cuándo Sucederá Acción/Paso</u>

PLAN DE PRÓXIMOS PASOS/SERVICIO PROVISIONAL (continuado)

2. Identifique cualesquiera pasos inmediatos próximos ser tomados por el padre/proveedor de cuidados (inclusive cómo éstos próximos pasos serán alcanzados y dónde y cuándo estos pasos serán tomados):

3. Identifique a gente específica que pueden dar apoyo y ser útil y quién debe ser invitado formar parte del Equipo de Niño y Familia (o el Equipo de AZEIP), inclusive números de teléfono y acción que debe ser tomado:

4. Identifique alguna documentación adicional (por ejemplo, el historial médico, IEP), lo cuáles deben ser reunidos para participar en la evaluación y servicio de planificación progresiva en curso inclusive de los individuos y/o las agencias y la acción que debe ser tomado para obtener esta información:

5. Identifique a quién debe avisar el padre/proveedor de cuidados si el niño necesita ayuda inmediata antes de la próxima cita:

Padre / Firma del Proveedor de Cuidados / Tutor

Fecha

Nombre del Evaluador (en letra de molde) / Firma

Credenciales / Puesto

Fecha

Nombre del Revisor de Salud del Comportamiento Profesional (letra de molde) / Firma

Credenciales / Puesto

Fecha

Agencia

Nota: El evaluador debe cerciorar proporcionar al padre/proveedor de cuidados una copia del plan provisional del servicio. El especialista de CPS, sin embargo, debe recibir una copia entera de los próximos pasos / sección del plan del servicio provisional.

PARTE B: ADDENDAS ADICIONALES: NACIMIENTO – 5

HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA (FAMILIAS BIOLÓGICAS Y ADOPTIVAS)	Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar _____ y fechar _____
---	--

1. ¿Qué son las cosas que hacen a sus miembros de la familia sentirse bien de sí mismos lo cual les permite tener vidas más significantes? (incluya los intereses, puntos fuertes, talentos, habilidades y capacidades, conocimiento/educación, amigos, familia extendida, valores, religión/espiritualidad, cultura/comunidad, trabajo, escuela, etc.)

2. ¿Existe algo que su familia describe de sí mismos o de sus antecedentes culturales que ayudaría al evaluador a entenderlo mejor a usted o de cómo gente responde hacia usted? ¿Cómo influyen en usted sus antecedentes culturales o la gente que son muy importantes para usted?

3. Describa el sistema de apoyo de su familia (los individuos con quien ustedes se sienten más cómodos, a quien acuden para ayuda, con quien se sienten más cómodos al hablar de asuntos importantes?)

4. ¿A quién de la familia le recuerda más su niño, y cómo reacciona cada padre hacia esa persona?

5. ¿Alguna vez ha pasado su niño alguna situación donde tuvo varios proveedores de cuidados inconsistentes? No Sí. Si sí, explique.

6. ¿Ha usado usted los servicios de cualquier guardería de infantil? No Sí ¿Ha estado su niño en una guardería o jardín de niños? No Sí

**HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA
(FAMILIAS BIOLÓGICAS Y ADOPTIVAS) (continuado)**

11. Describa el historial de salud médica y mental y del abuso de sustancia de cada padre, inclusive problemas corrientes y pasados, evaluaciones o servicios. .

12. Describa el historial de la relación de los padres el uno con el otro (¿Cuánto tiempo tienen de conocerse uno al otro, cuán bien se llevan ellos, y ha habido alguna separación o divorcio)?

13. ¿Algún historial de arrestos o implicación actual con la ley? No Sí. Si sí, explique.

14. Describa el historial de salud médica y mental y del abuso de sustancia de los abuelos, incluyendo problemas, evaluaciones o servicios actuales y del pasado.

15. ¿Tienen los abuelos algún historial de arrestos o implicación actual con la ley? No Sí. Si sí, explique

Solamente para Familias Biológicas:

16. ¿Qué efecto tuvo el embarazo en cada padre, su relación uno con el otro y con otros miembros de la familia?

**HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA
(FAMILIAS BIOLÓGICAS Y ADOPTIVAS) (continuado)**

17. ¿Creó el embarazo estrés adicional en cualquiera de los padres u otros miembros de la familia?

18. ¿Qué cambió para cada uno de los padres cuando se dieron cuenta del embarazo (por ejemplo, el trabajo, horario, estilo de vida, actitudes)?

Solamente para Familias Adoptivas:

19. ¿Qué sabe usted acerca del embarazo, el parto, y de las experiencias tempranas de la vida del niño?

20. ¿Recuerda el niño a los padres biológicos/familia? ¿Pregunta el niño o hace indagaciones acerca de ellos?

HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA (FAMILIAS DE ACOGIDA)	Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar _____ y fechar _____
---	--

1. ¿Qué son las cosas que hacen a sus miembros de la familia sentirse bien de sí mismos lo cual les permite tener vidas más significantes? (incluya los intereses, puntos fuertes, talentos, habilidades y capacidades, conocimiento/educación, amigos, familia extendida, valores, religión/espiritualidad, cultura/comunidad, trabajo, escuela, etc.)

2. ¿Existe algo que su familia describe de sí mismos o de sus antecedentes culturales que ayudaría al evaluador a entenderlo mejor a usted o de cómo gente responde hacia usted? ¿Cómo influyen en usted sus antecedentes culturales o la gente que son muy importantes para usted?

3. Describa el sistema de apoyo de su familia (Los individuos con quien ustedes se sienten más cómodos.¿A quien acuden para ayuda, con quien se sienten más cómodos al hablar de asuntos importantes?)

4. ¿Alguna vez ha pasado su niño alguna situación donde tuvo varios proveedores de cuidados o inconsistentes? No Sí. Si sí, explique.

5. ¿Ha usado usted los servicios de cualquier guardería de infantil? No Sí ¿Alguna vez ha estado su niño en una guardería o jardín de niños? No Sí

6. ¿Cuánto tiempo tiene el niño en su hogar?

7. ¿Cuántas colocaciones previas han ocurrido y por qué duración de tiempo?

8. ¿Cómo se han desarrollado las relaciones entre su familia y el niño?

9. ¿Cómo era el niño como cuando recién llegó?

10. ¿Cómo describiría usted al niño ahora?

HISTORIAL DE FAMILIA Y CULTURA
(FAMILIAS DE ACOGIDA (continuado))

11. ¿Qué efecto realizó la llegada del niño al hogar en otros en la familia?

12. ¿Qué sabe usted acerca del embarazo, el parto, y de las experiencias tempranas de la vida del niño?

13. ¿Recuerda el niño a los padres biológicos/familia? ¿Pregunta el niño o hace indagaciones acerca de ellos?

14. Describa los acontecimientos importantes en la historia personal de cada padre (por ejemplo, muertes, separaciones de un padre o hermano, separación de los padres o divorcio, abuso físico o deshonestos o ser expuesto a la violencia).

15. Describe la experiencia de cada padre al ser criado en sus propias familias (¿Quién los creó, quién influyó mayormente en ellos, y quién es su modelo positivo y negativo sobre cómo criar su propio hijo?)

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

_____ y fechar _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO²

(Debe ser completado en la visita inicial si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)

El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo.

I. DE UNO A TRES MESES

A. Lista de Verificación de Desarrollo

Movimiento

Sí No

- Alza la cabeza y cachete cuando está boca abajo (3 meses)
- Sostiene la parte superior del cuerpo con los brazos cuando está boca abajo (3 meses)
- Estira las piernas cuando está boca abajo o boca arriba (2 a 3 meses)
- Abre y cierra las manos (2-3 meses)
- Empuja con las piernas cuando los pies son puestos en una superficie firme (3 meses)

Visual

- Mira hacia la cara atentamente (2-3 meses)
- Sigue objetos en movimiento (2 meses)
- Reconoce objetos y a gente conocidas a una distancia (3 meses)
- Comienza a usar las manos y ojos en coordinación (3 meses)

Oído y Habla

- Sonríe al escuchar sonido de voz (2-3 meses)
- Ruidos de arrullo; juegos vocales comienzan a los 3 meses
- Da atención hacia sonido (1-3 meses)
- Se asusta con ruidos fuertes (1-3 meses)

Emocional y Social

- Comienza desarrollar una sonrisa social (1-3 meses)
- Goza jugar con otra gente y puede llorar cuándo para el jugueteo (2-3 meses)
- Llega a ser más comunicativo y expresivo con la cara y el cuerpo (2-3 meses)
- Imita algunos movimientos y expresiones faciales

² Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO³

(Debe ser completado *en la visita inicial* si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)

El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo.

II. CUATRO A SIETE MESES

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

Movimiento

Sí No

- Empuja arriba sobre los brazos extendidos (5 meses)
- Se jala para sentarse sin rezagado de la cabeza (5 meses)
- Se sienta apoyándose con las manos (5-6 meses)
- Si sienta sin apoyo por periodos cortos (6-8 meses)
- Apoya todo su peso sobre las piernas (6-7 meses)
- Se agarra los pies (6 meses)
- Pasa objetos de mano a mano (6-7 meses)
- Usa agarre de rasgar (no de pinza) (6 meses)

Visual

- Busca juguete más allá de distancia de rastreo la (5-6 meses)
- Sigue el rastro de objetos en movimiento con facilidad (4-7 meses)
- Agarra objetos colgados frente a él (5-6 meses)
- Busca juguetes caídos (5-7 meses)

Lenguaje

- Distingue emociones por el tono de la voz (4-7 meses)
- Responde al sonido por hacer sonidos (4-6 meses)
- Usa la voz para expresar alegría y desagrado (4-6 meses)
- Comienza la repetición de sílabas (5-7 meses)

Cognitivo

- Encuentra objetos escondidos a medias (6-7 meses)
- Explora con manos y boca (4-7 meses)
- Pone el máximo empeño en obtener objetos que están fuera de alcance (5-7 meses)

³ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO⁴

(Debe ser completado *en la visita inicial* si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)

El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo.

III. OCHO A DOCE MESES

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

<u>Movimiento</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Logra llegar a la posición de sentado sin ayuda (8-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avanza a gatas sobre la panza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asume la posición de mano y rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se arrastra sobre las manos y rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se va de sentarse a gateando o la posición de boca abajo (descansando sobre estómago) (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se jala a sí mismo para llegar a la posición de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina agarrándose de los muebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pone de pie momentáneamente sin apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede caminar dos o tres pasos sin apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Habilidades de Manos y Dedos</u>		
Usa agarre de pinza (7-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace chocar dos cubos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pone objetos en el contenedor (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saca objetos del contenedor (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clava con el dedo índice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intenta imitar garabatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Cognitivo</u>		
Explora objetos de varias diferentes maneras; sacudiendo, golpeando, tirando, dejar caer (8-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentra objetos escondidos fácilmente (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mira el retrato correcto cuando la imagen es nombrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imita gestos (9-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁴ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO: 8-12 MESES (continuado)

<u>Lenguaje</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Responde a peticiones verbales sencillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde a “no”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace gestos sencillos tal como moviendo la cabeza para no (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balbucea con inflexión (8-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balbucea “papa” y “mama” (8-10 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balbucea “papa” y “mama” para una persona específica (11-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa exclamaciones tales como “oh-oh”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social y Emocional

Tímido o ansioso con desconocidos (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llora cuando madre o el padre salen (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le gusta imitar a las personas al jugar (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social y Emocional (continuado)

Muestra preferencias específicas para ciertas personas y juguetes (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiere a madre y/o proveedor regular de cuidado sobre los demás (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repite sonidos o gestos para la atención (10-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se alimenta con los dedos por sí mismo (8-12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extiende brazo o pierna para ayudar al ser vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Banderas Rojas de Desarrollo*

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ No gatea ▪ Arrastra un lado del cuerpo mientras gatea (por más de un mes) ▪ No puede estar parado cuándo es soportado ▪ No busca objetos que están escondidos (10-12 meses) ▪ No dice palabras solas (“mama” o “papa”) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ No aprende a usar gestos con las manos o moviendo la cabeza ▪ No se sienta firmemente a los 10 meses ▪ No muestra interés en “juego de escondidas cucu” o “tortillitas” a los 8 meses ▪ No balbucea a los 8 meses ▪ No balbucea a los 8 meses (“papa”, “baba”, “mama”) |
|--|--|

Comentarios:

* Favor de notar que cualquier rastro de “Banderas Rojas” identificadas debe provocar una referencia al PCP (siglas en inglés por Médico de Cuidado Primordial) del niño así como también una referencia a AzeIP.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO⁵

(Debe ser completado *en la visita inicial* si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)

El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo.

IV. DOCE A VEINTICUATRO MESES

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

Movimiento

Sí No

- Camina solo (12-16 meses)
- Jala juguetes al caminar (13-16 meses)
- Carga juguete grande o varios juguetes al caminar (12-15 meses)
- Comienza a correr con rigidez (16-18 meses)
- Da pasos a la pelota (18-24 meses)
- Se sube y se baja de los muebles sin apoyo (16-24 meses)
- Sube y baja escalones apoyándose para apoyarse (18-24 meses)
- Se queda de pie momentáneamente sin apoyo

Habilidades de Manos y Dedos

- Garabatea espontáneamente (14-16 meses)
- Voltea envase para derramar contenido (12-18 meses)
- Erige torre de 4 bloques, o más (20-24 meses)

Lenguaje

- Señala objeto o foto cuando se le nombra (18-24 meses)
- Reconoce nombres o personas conocidas, objetos y partes del cuerpo (18-24 meses)
- Dice varias palabras solas (15-18 meses)
- Usa oraciones de dos palabras (14-18 meses)
- Sigue instrucciones sencillas de un paso (14-18 meses)
- Repite palabras oídas por casualidad en conversaciones (16-18 meses)

Cognitivo

- Encuentra objetos aún cuando están debajo de 2 o 3 coberturas
- Comienza a separar formas y colores (20-24 meses)

⁵ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO⁶

(Debe ser completado *en la visita inicial* si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)

El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo

V. VEINTICUATRO A TREINTA Y SEIS MESES

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

<u>Movimiento</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Asciende bien (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja escalones solo, colocando ambos pies en cada escalón (26-28 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sube los escalones alternando pies para apoyo (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balancea la pierna para patear pelota (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corre fácilmente (24-26 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opera los pedales de triciclo (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se agacha fácilmente sin caer (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Habilidades de Manos y Dedos</u>		
Traza con marcas verticales, horizontales, circulares con lápiz o lápiz de color (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da vueltas a las paginas del libro uno a la vez (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Construye una torre de más que 6 bloques (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detiene un lápiz en la posición de escribir (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrosca y desenrosca las tapas de frasco, tuercas y tornillos (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da vueltas a manijas que giran (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Lenguaje</u>		
Reconoce y identifica casi todo objetos y fotos comunes (26-32 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende la mayoría de frases (24-40 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiende la relación física, por ejemplo, en, sobre de, abajo de (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede decir nombre, edad, y sexo (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa pronombre, por ejemplo., usted, yo, nosotros, ellos (24-30 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconocidos pueden entender la mayoría de sus palabras (30-36 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁶ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO: 24-36 MESES (continuado)

Cognitivo

Sí No

- Hace trabajar juguetes mecánicos (30-36 meses)
- Hace juego un objeto en la mano o la habitación a un retrato en un libro (24-30 meses)
- Juegan al pretender con muñecas, animales, y gente (24-36 meses)
- Ordena objetos por color (30-36 meses)
- Completa rompecabezas de 3 o 4 piezas (24-36 meses)
- Comprende concepto de “dos” (26-32 meses)

Social y Emocional

- Se separa fácilmente de padres a la edad de tres
- Expresa una gran variedad de emociones (24-36 meses)
- Desaprueba cambios principales en la rutina (24-36 meses)

B. Banderas Rojas de Desarrollo*

- Frecuentemente se cae y tiene dificultad con escalones
- Babeo persistente o el habla es poco claro
- Incapaz de construir una torre de más de 4 bloques
- Se le dificulta manipular objetos pequeños
- Incapaz de copiar un círculo a los 3
- Incapaz de comunicar en frases cortas
- Ningún involucramiento en juego fingido
- Falla en entender instrucciones sencillas
- Poco interés en otros niños
- Extrema dificultad separarse proveedor de cuidados principal

Comentarios:

* Favor de notar que cualquier rastro de “Banderas Rojas” identificadas debe provocar una referencia al PCP (siglas en inglés por Médico de Cuidado Primordial) del niño así como también una referencia a AzeIP.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO⁷ _____ y fechar _____
Debe ser completado en la visita inicial si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)
El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo

VI. TRES A CUATRO AÑOS

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

<u>Movimiento</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Salta y se mantiene parado en un pie hasta 5 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sube y baja escalones sin ayuda apoyarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da patadas a la pelota hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avienta la pelota por encima de la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarra pelota botada la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mueve hacia adelante y atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa juguetes que se pueden montar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades de Manos y Dedos (a **finales** de la edad de 3)

Hace copia de formas de cuadros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dibuja a una persona con 2 a 4 partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uses tijeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dibuja círculos y cuadros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienza a copiar algunas letras mayúsculas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede alimentarse con cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lenguaje (a **finales** de la edad de 3)

Entiende los conceptos de “igual” y “diferente”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han dominado algunas reglas básicas de gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla en oraciones de 5 a 6 palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla lo suficiente claro para que desconocidos entiendan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dice cuentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁷ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO: 3-4 AÑOS (continuado)

<u>Cognitivo (a finales de la edad de 3)</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Nombra algunos colores correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende el concepto de contar y puede saber algunos números	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comienza tener un sentido más claro de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue órdenes de tres partes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recuerda partes de una historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende el concepto de mismo/diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entabla juego de fantasía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiende causalidad (“ puedo hacer cosas ocurrir ”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Social y Emocional (a **finales** de la edad de 3)

Interesado en nuevas experiencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera /juega con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega papel de “mamá” o “papá”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más inventivo en juego de fantasía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se viste y desviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo no puede distinguir entre fantasía y realidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pueden tener amigos imaginarios o puede ver monstruos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Banderas Rojas de Desarrollo*

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ No puede brincar en un solo lugar ▪ No puede montar un triciclo ▪ No puede agarrar un creyón entre el pulgar y los dedos ▪ Tiene dificultad garabateando ▪ No puede copiar un círculo ▪ No pueden apilar cuatro bloques ▪ Todavía se aferra o llora cuando los padres lo dejan ▪ No muestra interés en los juegos interactivos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ignora otros niños ▪ No responde a personas fuera de la familia ▪ No entabla en juego de fantasía ▪ Resiste a vestirse, dormir, usando el inodoro ▪ Ataca sin autocontrol esta enojado o disgustado ▪ No usa oraciones de más de tres palabras ▪ No usa “yo” o “usted” apropiadamente |
|---|---|

Comentarios:

* Favor de notar que cualquier rastro de “Banderas Rojas” identificadas debe provocar una referencia al PCP (siglas en inglés por Médico de Cuidado Primordial) y cualesquier síntomas que sugieren dificultades probables de aprendizaje deberían provocar una referencia a la escuela para una evaluación.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

_____ y fecha _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO⁸

**Debe ser completado en la visita inicial si son identificadas inquietudes en la Sección de Asuntos de Desarrollo)
El Cuestionario de Edades y Etapas puede ser usado como una alternativa a la Lista de Verificación de Desarrollo**

VII. CUATRO A CINCO AÑOS

A. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DESARROLLO

Movimiento

Sí No

- Se mantiene parado en un pie hasta 10 segundos o más
- Salta, hace solteretas
- Se columpia, escala
- Quizás pueda dar saltitos

Habilidades de Manos y Dedos (a **finales** de la edad de 3)

- Hace copia de triángulo y otros patrones geométricos
- Dibuja persona con cuerpo
- Escribe algunas letras
- Se viste y desviste sin ayuda
- Usa tenedor, cuchara
- Normalmente cuida de sus propios necesidades del inodoro

Lenguaje (a **finales** de la edad de 4))

- Recuerda partes de una historia
- Habla oraciones de más de 5 palabras
- Usa sentido de futuro
- Cuenta cuentos más largos
- Dice nombre y dirección

Cognitivo (a **finales** de la edad de 4)

- Puede contar 10 objetos o más
- Nombra correctamente por lo menos 4 colores
- Entiende mejor el concepto de tiempo
- Sabe de cosas usadas todos los días en la casa (dinero, comida, etc.)

⁸ Con el permiso de los autores, esta lista de verificación es basado en una lista de verificación adaptada por Primero Mirada y El Centro de Dirección Temprano de Niñez de Shelov, S. P. & Hannenmann, R. E. (1994). La Academia Americana de Pediatría: Cuidando de Su Bebé y el Nacimiento Joven del Niño a la edad de 5: La Guía Completa y Autoritaria. Nueva York: Bantam Doubleday Pub.

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

_____ y fechar _____

ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO

(Para niños en cuál la necesidad principal identificada es relacionada al comportamiento del niño)

A. Análisis Descriptivo del Comportamiento del Niño

1. Describa el comportamiento que le preocupa por case general (por ejemplo, agresivo, dañarse a sí mismo, opuesto) luego en términos específicos (por ejemplo, mordiendo, rehusando a comer, gritando). *Esto debe ser listado como uno de las necesidades y objetivos en el Plan de Servicio.*

2. ¿Cuándo comenzó primero el comportamiento? ¿Hubo algún acontecimiento o cambios significativos en la vida de su niño, familia o la rutina durante este mismo tiempo?

3. Describa la duración del comportamiento (por ejemplo, minutos, horas, días).

4. Describa la frecuencia del comportamiento (por ejemplo, cada hora, tres veces al día, una vez a la semana).

5. Describa donde ocurre el comportamiento (por ejemplo, por todas partes, sólo en la casa, sólo en el carro).

6. Identifique en presencia de quién ocurre el comportamiento (por ejemplo, todos, sólo madre, cualquiera menos abuela).

7. ¿Molesta este comportamiento a todos implicados con el niño igualmente, o molesta algunos más que a otros?

8. Describa cuándo ocurre el comportamiento (por ejemplo, todo el día, a la hora de dormir, cuándo tiene hambre, cuando se le deja a solas, cuándo se enferma o cuando está fatigado).

9. Describa cualquier actividad que esté asociado con el comportamiento (por ejemplo, alimentando al niño, discutiendo con alguien, recogiendo a niño).

10. ¿Qué hace usted (u otro padre/proveedor de cuidados) generalmente para impedir tal comportamiento, y qué tan efectivo es esto?

ANÁLISIS DE DESARROLLO (continuado)

11. ¿Cuál es normalmente su (u otro padre/proveedor de cuidados) reacción inmediata tal comportamiento?

12. ¿Qué hace usted (u otro padre/proveedor de cuidados) generalmente como una consecuencia al comportamiento, y cuán efectivo es esto??

13. ¿El comportamiento es peor, mejor o diferente si las rutinas se siguen o interrumpidas?

B. Necesidad/Análisis de Intención

1. ¿Qué cree usted es la razón por el comportamiento o la causa del comportamiento?

2. Describa cualesquiera necesidades posibles adicionales o diferentes o intenciones del comportamiento que usted como el evaluador ve.

3. ¿Si ciertas necesidades o intenciones se creen estar manejando tal comportamiento, describe cuántas veces y cuán bien usted cree que estas necesidades son reunidas?

4. ¿Cómo cree usted que estas necesidades o intenciones deben ser manejado dadas sus preferencias, historial de cultura, creencias, etc.?

Si el addenda fue completado en la cita de continuación, el evaluador debe firmar

_____ y fecha _____

CUIDADO MÉDICO

(Para niños que han sido hospitalizados, residido fuera del hogar por razones médicas o han sido tratados por ataques)

A. Si su niño tiene una historia de ataques, conteste las preguntas siguientes:

1. ¿Qué clase de ataques ha tenido su niño?

2. ¿Cuándo fue hecho el diagnóstico?

3. ¿Notó usted algunos cambios de comportamiento después de que su niño comenzó a tener ataques?

4. ¿Quién proporciona actualmente tratamiento para su niño?

5. ¿Qué clase de tratamiento se le está proporcionando (medicamentos, terapias alternativas)?

6. ¿Sigue teniendo su niño los ataques? ¿Si ése es el caso, cuántas veces? ¿Cuán largo duran? ¿Cuán frecuentemente ocurren?

B. Para **cada** caso que su niño fue hospitalizado o colocado en un centro de cuidados por una condición médica, contesta las preguntas siguientes

- ¿Por qué requirió su niño tales servicios (cirugía, rehabilitación, etc.)?
- ¿Dónde fue colocado su niño?
- ¿Cuánto tiempo permaneció su niño fuera del hogar?
- ¿Qué clase de servicios recibió su niño?
- ¿Se dio cuenta usted de cualesquier cambios significativos en el comportamiento como resultado de la colocación?

SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL MENOR
(Por reacción urgente de 24 horas para niños removidos por Servicios de Protección al Menor)

Las preguntas contenidas en este addenda deben ser respondidas por el especialista de Servicios de Protección al Menor implicado con el caso del niño. Además de este addenda, el evaluador debe completar la Hoja de Cliente de Salud de Comportamiento, la Hoja de Información Demográfica del Cliente y las secciones siguientes en la Evaluación Central: Evaluación del Riesgo, Observaciones e Informes Reportados del Niño (y si es posible, Observaciones de Interacción entre Niño y Familia), Resumen Diagnóstico y el Plan de Pasos Próximos/Servicio Provisional. El resto de la Evaluación Principal sólo debe ser completado en este tiempo si las condiciones/circunstancias clínicas lo permiten. El evaluador debe cerciorar que el nombre y numero de teléfono del Especialista del Servicio de Protección al Menor se han registrado en la Hoja de Cubierta.

1. ¿Cuáles son las razones por ser removido el niño de su padre/tutor? ¿Hay otros hermanos en la familia viviendo en el mismo hogar? ¿Han sido víctimas de abuso otros hermanos y los ha removido CPS? Explique

2. ¿Ha tenido el niño involucramiento previo con Servicios de Protección al Menor? No Sí. Si sí, explique.

3. ¿Qué percepción tiene el niño a sus padres, hermanos, y familia? ¿Cuáles son los sentimientos del niño, sentido de cariño, confianza, seguridad, amor y cariño a sus padres/tutor?

4. ¿Estaban el niño o la familia recibiendo servicios de enfermedad de salud antes de la remoción de la casa del padre /tutor? No Sí. Si sí, explique.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL MENOR (continuado)
(Para reacción urgente de 24 horas para niños que han sido removidos por Servicios de Protección al Menor)

Para las preguntas 5 al 9 el evaluador debe marcar debajo las declaraciones que describen mejor al niño basado en las observaciones del evaluador y conversación con el especialista del Servicio de Protección al Menor al tiempo de la entrevista.

5. Presentación general para niños de la edad de 0-3:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Llorando | <input type="checkbox"/> Desconectado |
| <input type="checkbox"/> Aferrado | <input type="checkbox"/> Golpeando con la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Difícil de calmar | <input type="checkbox"/> Calmado |
| <input type="checkbox"/> Retroceso | <input type="checkbox"/> Fácil de calmar |
| <input type="checkbox"/> Berrinche | |

6. Presentación general para niños de 4 años o más:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desganado, retraído | <input type="checkbox"/> Voluble | <input type="checkbox"/> Violento, homicida |
| <input type="checkbox"/> Desinteresado | <input type="checkbox"/> Quisquilloso | <input type="checkbox"/> Sentimientos de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Inquieto | <input type="checkbox"/> Conmovido | <input type="checkbox"/> Relajado |
| <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Mentalidad Normal |
| <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Escucha voces | <input type="checkbox"/> Atento |

7. Comprensible del procedimiento de removimiento:

- Confundido
- Auto Culposo
- Realista
- Distorsionado
- Apropiad para su edad
- No entendiendo
- No está entendiendo para su edad

9. Comprensible de opciones de colocación

- Bien
- Pobre
- No está entendiendo para su edad

8. Sentido del futuro

- Esperanzado
- Realista
- Irrealistacamente Realista
- Pesimista
- Empoderado
- Planeando su propio destino
- Sin poder percibir un futuro
- No está entendiendo para su edad

10. Describa la manera en que el niño enfrenta el ser removido (por ejemplo, culpa a otros, en negación, desarrollando síntomas físicos, regresión en el comportamiento, resignado).

11. ¿Qué sienten usted o el niño que será de ayuda en apaciguar al niño, proveer comodidad inmediata o mitigar el trauma de la remoción (por ejemplo, comidas especiales, objeto de transición, visitas de padres, mantenerse en la escuela actual, contacto con amigos, servicio en la iglesia por asistencia)?

PARTE C: PLAN DE SERVICIO DE SALUD DE COMPORTAMIENTO: NACIMIENTO - 5

Nombre: _____ N° de Cliente CIS _____ Programa _____ Fecha de Hoy: _____

Individuos Presentes en la Junta de Planificación: _____

META DE RECUPERAMIENTO/VISION DE NIÑO Y FAMILIA:

PUNTOS FUERTES DEL NIÑO:

Fecha de Revisión (Fecha de Meta de Objetivo): _____

NECESIDADES IDENTIFICADAS Y OBJETIVOS ESPECIFICOS (darle atención a estas necesidades)	Medida Actual	INTERVENCIONES A SATISFACER OBJETIVOS		Medida Deseada	Medida Alcanzada (en la fecha de la meta)	Medida Lograda (S/N)
		Servicios Específicos y Frecuencia	Puntos Fuertes Usados			
1						
2						
3						

PLAN DE DAR DE ALTA (provea fecha en que dio de alta si se sabe):

Padre/Proveedor de Cuidados _____ Fecha: _____

Si, estoy de acuerdo con los tipos y niveles de servicios incluidos in mi plan de servicio.

No, estoy en desacuerdo con los tipos y/o niveles de algunos o todos los servicios incluidos in mi plan de servicio. Al marcar esta caja, voy a recibir los servicios que he concordado a recibir y puedo apelar la decisión del tratamiento del equipo de no incluir todos los tipos y/o niveles de servicios que he solicitado.

Enlace Clínico _____ Fecha : _____ Otro _____ Fecha: _____

BH Prof. Rev. _____ Fecha : _____ Otro _____ Fecha: _____

**PARTE D: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD DE COMPORTAMIENTO Y
RESUMEN DE REPASO: NACIMIENTO - 5**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ N° de Cliente CIS _____

Miembro de Familia Acompañante (Anoté parentesco a persona): _____

Fecha de Evaluación Actual _____ Fecha de Evaluación Inicial/Ultima Revisión _____

I. REVISIÓN DE ESTATUS

1. **Emocional:** Anote todos las intervenciones terapéuticos / servicios / ayuda utilizados sobre el año pasado (si medicamentos son usados, incluya en pregunta 2). ¿Qué ayudó? ¿Qué no ayudó o empeoró la condición? ¿Cuál ha sido el funcionamiento de conjunto con el paso del tiempo desde la última evaluación? ¿Cuál es el estado actual?

2. **Médico:** Describa todos los medicamentos usadas y reacción sintomática para al tratamiento; defectos secundarios a medicamento/significante/ reacciones adversos de droga, exámenes AIMS, pruebas; cambios significativos en la condición médica y las hospitalizaciones; desarrollo físico

Liste todo medicamentos recetados actualmente y dosis, incluyendo medicamentos recetados para otras condiciones físicos/médicos.

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis/Frecuencia</u>	<u>Propósito</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. **Ambiental:** Liste todo eventos/trauma significantes desde la última evaluación/revisión, colocaciones fuera del hogar; preferencias culturales de familia/consideraciones para provisión de servicio.

4. **Progreso:** Describa progreso del niño al alcanzar objetivos de tratamiento (Considere funcionamiento relacionado a las siguientes áreas como vea apropiado: ambiente de vivienda; actividades de la vida diaria; preparación de escuela; relaciones interpersonales; progreso del desarrollo)

5. **Factores de Riesgo:** Describa cualquier factores significantes de riesgo crónico a largo plazo tales como haciéndose daño a sí mismo o a otros; expuesto a uso de droga; uso de droga personal; nutrición, explotación, abuso, o negligencia.

**PARTE D: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD DE COMPORTAMIENTO Y
RESUMEN DE REPASO: NACIMIENTO - 5**

II. DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. 1. Axis I.	<u>Código DSM-IV TR</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Justificación por diagnostico (s)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. Axis II.	<u>Código DSM-IV TR</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Justificación por diagnostico (s)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. **Axis III.** Identifique las condiciones médicas específicas del niño y marque las categorías de la enfermedad debajo apliquen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Contagiosas y Parasitario (001-139)
<input type="checkbox"/> Neoplasmas (140-239)
<input type="checkbox"/> Endocrina, Nutricional, Enfermedades Metabólicos e
Desordenes de Inmunidad (240-279)
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre y Órganos Formadores de
la Sangre (280-289)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos del
Sentido (320-389)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Circulatorio (390-459)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Respiratorio (460-519)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Digestivo (520-579) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Genitourinario (580-629)
<input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo, Parto, y del Puerperio (630-676)
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo (680-709)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Músculoesquelético y Tejido
Conectivo (710-739)
<input type="checkbox"/> Anomalías Congénitos (740-759)
<input type="checkbox"/> Ciertas Condiciones que Originan en el Período Perinatal
(760-779)
<input type="checkbox"/> Síntomas, Señas, y Condiciones no Claras (780-799)
<input type="checkbox"/> Heridas y Envenenamiento (800-999) |
|---|---|

4. **Axis IV.** (Estresores Sicosociales o Ambientales)

5. **Axis V.** (Resultado CGAS) _____

**PARTE D: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE SALUD DE COMPORTAMIENTO Y
RESUMEN DE REPASO: NACIMIENTO - 5**

III. RECOMENDACIONES PARA SERVICIO/TRATAMIENTO ACTUAL EN CURSO

1. Liste metas previas que no se han logrado que todavía necesitan permanecer enfoque de servicios/tratamiento:

2. Liste cualesquier metas nuevas para el plan de servicio:

3. Liste otras necesidades o preocupaciones que necesitan ser tratados, incluyendo coordinación de cuidado con PCP:

4. Identifique cualesquier áreas en la evaluación que necesitan ser reevaluados debido a cambios significantes, por ejemplo, condición del niño, ambiente de vivienda, estructura de apoyo:

Nombre del Enlace Clínico (letra de molde) / Firma Credenciales / Puesto Fecha

Nombre del Crítico Profesional de Salud de Comportamiento (letra de molde) / Firma Credenciales / Puesto Fecha

Agencia

RECORDATORIO: Todo dato demográfico reportado a ADHS/DBHS debe ser repasado durante actualización anual. Basado en este repaso:

- Al mínimo las siguientes datos de campo demográfico / clínico deben ser reportados a ADHS/DBHS a pesar si han cambiado desde el último sometimiento: Axis I, II y V, categoría de salud de comportamiento, estatus educacional, residencia principal, desde la última actualización de datos y uso de sustancia secundaria; y/o
- Toda otra información demográfica que ha cambiado (por ejemplo, involucramiento de otra agencia, ingresos que son elegibles por no ser de Título XIX/XXI).