

FORMULARIO A

FORMULARIO DE ADMISIÓN FAMILIAR

Sección 1. Familiar que solicita servicios					
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo <i>(Nombre que prefiere ser llamado):</i>	Fecha de nac. y edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____
Dirección:		No. de apt.	Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	
Ciudad/Pueblo:		Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:	
Condición del miembro de la familia: <i>(Marque todo lo que corresponda)</i> <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre adolescente <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Joven no acompañado (actualmente menor de 19 años de edad) <input type="checkbox"/> Crianza- compartida <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Otro: _____			Estado civil <i>(Marque todo lo que corresponda)</i> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/C		
Ingresos (Opcional): ¿Cuál es su ingreso total familiar? <div> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999 <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999 <input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999 <input type="checkbox"/> \$150,000 o más </div>					
Seguro Médico: ¿Tiene seguro médico?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Origen étnico: ¿Es el familiar de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español- <i>Ponga el origen, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español y así sucesivamente.</i> _____			Raza: ¿Cuál es la raza del familiar? <i>(Marque todo lo que corresponda)</i> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana y país africano <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska- <i>escriba el nombre de la tribu principal o inscrita.</i> _____ <div> <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Corea <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico- <i>Escriba la raza, por ejemplo, de Fiji, tongano y así sucesivamente.</i> _____ <input type="checkbox"/> Otro asiático- <i>Escriba la raza - Por ejemplo, hmong, laosiano, thai, pakistaní, camboyano y así sucesivamente.</i> _____ <input type="checkbox"/> alguna otra raza- <i>Escriba la raza</i> _____ </div>		
Idioma principal: <i>Identifique una de la lista a continuación</i> <div> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués de Brasil <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Dialectos africanos <input type="checkbox"/> Dialectos birmanos <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Khmer/Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Criollo de Cabo Verde <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Otro : _____ <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Criollo de Haití <input type="checkbox"/> Portugués </div>					

☐ S ☐ N ☐ Activo ☐ Guardia nacional ☐ Reserva ☐ Veterano

Último despliegue: _____
Fecha

Nombre	Apellido	Escuela que asiste actualmente	Fecha de nac. y edad	Género	Parentesco con el familiar que solicita servicios	Servicios necesarios
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Tipo de hogar: ☐ Un solo padre ☐ Dos padres ☐ Varios padres ☐ Multigeneracional

Tamaño del hogar: Número total de niños/jóvenes que viven en el hogar:_____ Número total de personas en el hogar:_____

Sección 2. Servicios solicitados *¿Qué lo trajo aquí hoy?*

<input type="checkbox"/> El niño tiene problemas para seguir las reglas <input type="checkbox"/> ¿El niño faltó a la escuela? ¿Cuántos días en los últimos 3 meses? _____ ¿Sabe usted porqué? _____ <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez se escapó el niño? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Enviado por el tribunal <input type="checkbox"/> Enviado por la escuela	<input type="checkbox"/> Enviado por otra agencia: _____ <i>(nombre de la agencia)</i> <input type="checkbox"/> Busco información sobre crianza/educación sobre crianza <input type="checkbox"/> Tema escolar / Información escolar <input type="checkbox"/> Información sobre cuidado infantil <input type="checkbox"/> Información para después de la escuela <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Inquietudes de salud / de salud mental <input type="checkbox"/> Temas de dificultad familiar / Financiera <input type="checkbox"/> Vivienda / Renta <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Temas laborales <input type="checkbox"/> Educación continuada para cuidadores <input type="checkbox"/> Temas legales/Inmigratorios <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	--

Sección 3. Fuente de referencia <i>¿Cómo se enteró sobre nosotros?</i>		
Fuente de referencia: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Amigo / Familiar <input type="checkbox"/> Tribunal / Funcionario de condena condicional <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Intervención temprana (EI) <input type="checkbox"/> Preescolar / Head Start <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Pediatra / Médico familiar <input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Clínica/consejero de salud mental </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Agencia de servicios comunitarios <input type="checkbox"/> Otros servicios/Apoyo CBHI <input type="checkbox"/> Iglesia / Organización basada en la fe / Ministro <input type="checkbox"/> Mass211 <input type="checkbox"/> Una familia que usó los servicios de FRC: _____ <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Transicional <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Jóvenes <input type="checkbox"/> Otra agencia estatal: _____ <input type="checkbox"/> Otra agencia local: _____ <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social: _____ <input type="checkbox"/> Medios de comunicación impresos: _____ <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro: _____ </div> </div>		
Sección 4. Disposición <i>Solo para uso de la oficina</i>		
Firma del formulario de consentimiento ASO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó		
<div style="text-align: center;">Divulgar información a:</div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó </div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Información y referencia <input type="checkbox"/> Servicios del Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Referencia externa </div> <div> <input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades y puntos fuertes familiares (CANS Familiar) <input type="checkbox"/> Plan de apoyo familiar </div> </div>		
Fecha inicial:	ID familiar:	ID del miembro de la familia:
Realizado por: _____		Tipo de admisión: <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> En persona
Información actualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Actualizado por: _____ Fecha: _____ Actualizado por: _____ Fecha: _____		Contacto principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Notas:		

FORMULARIO B

FORMULARIO ADICIONAL DE INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA

(Complete un nuevo formulario para cada familiares adicionales que estén solicitando apoyo o servicios)

Sección 1. Información del familiar adicional:					
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo (Nombre que prefiere ser llamado):	Fecha de nac. y edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____
Dirección:		No. de apt.	Teléfono de la casa:		Teléfono celular:
Ciudad/Pueblo:		Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:	
Condición del miembro de la familia: (Marque todo lo que corresponda)			Estado civil		
<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Joven no acompañado <input type="checkbox"/> Crianza- compartida <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre adolescente (actualmente menor de 19 años de edad) <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/C		
Ingresos (Opcional): ¿Cuál es su ingreso total familiar?					
<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999 <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999 <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999 <input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999 <input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999 <input type="checkbox"/> \$150,000 o más					
Seguro Médico: ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Origen étnico: ¿Es el familiar de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español- Ponga el origen, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español y así sucesivamente. _____			Raza: ¿Cuál es la raza del familiar? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana y país africano <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska- escriba el nombre de la tribu principal o inscrita. _____ <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Corea <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico- Escriba la raza, por ejemplo, de Fiji, tongano y así sucesivamente. _____ <input type="checkbox"/> Otro asiático- Escriba la raza - Por ejemplo, hmong, laosiano, thai, pakistaní, camboyano y así sucesivamente. _____ <input type="checkbox"/> alguna otra raza- Escriba la raza _____		

Idioma principal: <i>Identifique una de la lista a continuación</i>			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Dialectos africanos <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Portugués de Brasil <input type="checkbox"/> Dialectos birmanos <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Criollo de Cabo Verde <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Criollo de Haití	<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Khmer/Camboiano <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro : _____
Servicio militar: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Guardia nacional <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Veterano Último despliegue: _____ <div style="text-align: center;">Fecha</div>			
Sección 4. Disposición <i>Solo para uso de la oficina</i>			
Firma del formulario de consentimiento ASO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó			
<div style="text-align: center;">Divulgar información a:</div> Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó Firma del permiso para divulgar información: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ <input type="checkbox"/> Consentimiento completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Declinó			
<input type="checkbox"/> Información y referencia <input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades y puntos fuertes familiares (CANS Familiar) <input type="checkbox"/> Servicios del Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Plan de apoyo familiar <input type="checkbox"/> Referencia externa			
Fecha inicial:	ID familiar:	ID del miembro de la familia:	
Realizado por: _____		Tipo de admisión: <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> En persona	
Información actualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Actualizado por: _____ Fecha: _____ Actualizado por: _____ Fecha: _____		Contacto principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Notas:			

FORMULARIO C¹

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN DEL ADULTO

(Use este formulario para recabar información adicional basada en los formularios de Admisión familiar e información adicional familiar para cada familiar que necesite servicios y/o apoyo)

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo (Nombre que prefiere ser llamado):	Fecha de nac. y edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____															
Sección 1. Educación / Empleo																				
Nivel más alto de educación completada: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela primaria</td><td><input type="checkbox"/> Asociado</td><td><input type="checkbox"/> Desea educación continua</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela intermedia</td><td><input type="checkbox"/> Licenciado</td><td><input type="checkbox"/> HiSET/GED</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Escuela secundaria</td><td><input type="checkbox"/> Título de posgrado</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Desea educación continua	<input type="checkbox"/> Escuela intermedia	<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> HiSET/GED	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> Otro: _____						
<input type="checkbox"/> Escuela primaria	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Desea educación continua																		
<input type="checkbox"/> Escuela intermedia	<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> HiSET/GED																		
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
Estado laboral: (Marque todo lo que corresponda) <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Ama de casa</td><td><input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial</td><td><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo</td><td><input type="checkbox"/> Sin empleo</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Sin empleo	<input type="checkbox"/> Otro: _____									
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral																		
<input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Sin empleo	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
Fuente de ingresos: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sueldo/Salario</td><td><input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión</td><td><input type="checkbox"/> Sin ingresos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de desempleo</td><td><input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad</td><td><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)</td><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores</td><td><input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)</td><td></td><td></td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Sueldo/Salario	<input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión	<input type="checkbox"/> Sin ingresos	<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)		<input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)		
<input type="checkbox"/> Sueldo/Salario	<input type="checkbox"/> Seguro social/Pensión	<input type="checkbox"/> Sin ingresos																		
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
<input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
<input type="checkbox"/> Seguro de compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> El programa de Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)																			
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro social por discapacidad)																				
Sección 2. Salud física y mental																				
¿Tiene usted una discapacidad? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Salud médica/física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Del desarrollo <input type="checkbox"/> Salud emocional, mental y conductual		¿Cuál es su salud física y mental general? (Haga un círculo en uno) Mala Regular Buena Excelente ¿Tiene alguna afección que requiera atención regular o seguimiento? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Cuál es (son) la(s) afección(es)? _____ _____ _____																		
¿Ha visto a un médico o enfermera especializada en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																				
¿Ha visto a un dentista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																				

Sección 3. Seguridad					
Pregunta de seguridad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se siente seguro en su hogar.					
Se siente seguro en el trabajo o la escuela.					
Se siente seguro en las calles de su barrio.					
1) ¿Ha sido testigo de violencia? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 2) ¿Tiene un caso abierto en el tribunal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Qué tribunal? _____ ¿Por qué motivo? _____ 3) ¿Desea una derivación por violencia en el hogar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Sección 4. Necesidades básicas					
Su familia está: <input type="checkbox"/> Viviendo en su propio apartamento o casa (propia o rentada) <input type="checkbox"/> Desamparada pero albergada <input type="checkbox"/> Desamparada Necesita asistencia con: Alimentos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Vestimenta <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Sección 5. Participación de agencias (Marque todo lo que corresponda)					
¿Está involucrado con alguna de las agencias siguientes? (Marque todo lo que corresponda) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Transicional (DTA) <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Jóvenes (DYS) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios del Desarrollo (DDS) </div> <div> <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria: _____ _____ _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Recursos de la ciudad/pueblo: _____ _____ _____ </div> </div>					
Sección 6. Participación cívica					
¿Está involucrado con algo de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Bellas artes (por ej. pintura, dibujo) <input type="checkbox"/> Artes escénicas (por ej. música, danza, teatro) <input type="checkbox"/> Otro: _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Proyectos de servicios comunitarios <input type="checkbox"/> Servicio voluntario <input type="checkbox"/> Scout </div> <div> <input type="checkbox"/> Organizaciones cívicas comunitarias <input type="checkbox"/> Organizaciones basadas en la fe </div> </div>					
Sección 7. Disposición Solo para uso de la oficina					
ID familiar:	ID del miembro de la familia:		Tipo de cliente: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Padre/Cuidador/a		
Fecha inicial: _____		Contacto principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Realizado por: _____					
Actualizado por: _____		Fecha: _____			
Actualizado por: _____		Fecha: _____			

Notas:

FORMULARIO C²

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN DEL NIÑO

(Use este formulario para recabar información adicional basada en los formularios de admisión familiar e información adicional familiar para cada familiar que necesite servicios y/o apoyo)

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo (Nombre que prefiere ser llamado):	Fecha de nac. y edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> _____
Sección 1. Educación / Empleo					
Estado educativo: <input type="checkbox"/> Actualmente el niño está inscrito en la escuela <input type="checkbox"/> Abandonó la escuela <input type="checkbox"/> Expulsado <input type="checkbox"/> Suspendido/Excluido <input type="checkbox"/> Se graduó de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Recibió GED (equivalencia) <input type="checkbox"/> Certificado de haber completado SPED <input type="checkbox"/> Completó preescolar o jardín de niños <input type="checkbox"/> Otro			Nombre de la escuela/Última escuela a la que concurrió: _____ Programa para después de la escuela: (Si está inscrito) _____ Si fue referido por la escuela, nombre del personal: _____		
1. ¿Cuál es el grado más alto que ha completado este niño/joven en la escuela? _____ 2. ¿Cómo le va a este niño/joven en la escuela? _____ 3. ¿Está este niño/joven en un Plan de educación individual o Plan de educación especial? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 4. ¿Está este niño/joven en un plan 504? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 5. ¿Ha faltado este niño/joven más de 8 días en las últimas 10 semanas de escuela? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si dijo sí, ¿alrededor de cuántos días? _____ 6. ¿Tiene este niño/joven un empleo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Sección 2. Salud física y mental					
¿Tiene este niño/joven una discapacidad? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Salud médica/física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Del desarrollo <input type="checkbox"/> Salud emocional, mental y conductual <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista			¿Cuál es la salud física y mental general de este niño/joven? (Haga un círculo en uno) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Mala Regular Buena Excelente </div> <hr/> ¿Tiene este niño/joven alguna afección que requiera atención regular o seguimiento? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Cuál es (son) la(s) afección(es)? _____ _____ _____		

¿Ha visto este niño/joven a un médico o enfermera especializada en los últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

¿Ha visto este niño/joven a un dentista en los últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

¿Tiene alguna inquietud acerca del consumo de alcohol o drogas por parte de este niño/joven? ☐ S ☐ N

¿Alguna vez ha usado este niño/joven los servicios de equipos móviles de crisis? ☐ S ☐ N

¿Alguna vez este niño/joven ha sido hospitalizado por motivos de salud mental? ☐ S ☐ N

Sección 3. Seguridad

Pregunta de seguridad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Este niño/joven se siente seguro en su hogar.					
Este niño/joven se siente seguro/a en su escuela.					
Este niño/joven se siente seguro en las calles de su barrio.					

- 1) ¿Ha sido el niño/joven testigo de violencia? ☐ S ☐ N
- 2) ¿Ha estado este niño/joven involucrado en una situación donde él o ella haya sido o está siendo explotado/a? ☐ S ☐ N
- 3) ¿Está este niño/joven involucrado con el tribunal? ☐ S ☐ N
- 4) ¿Alguna vez ha sido este niño detenido por la policía o arrestado? ☐ S ☐ N
- Por cuáles motivos:
- ☐ Cuidado y protección
 - ☐ CRA
 - ☐ Acusado de cometer una infracción/delito
 - ☐ Libertad condicional
 - ☐ Tribunal familiar (Divorcio, custodia)
- 5) ¿Está este niño/joven involucrado con una pandilla? ☐ S ☐ N

Sección 4. Necesidades básicas

La familia de este niño/joven está:

☐ Viviendo en su propio apartamento o casa (propia o rentada) ☐ Desamparada pero albergada ☐ Desamparada

¿Está este niño/joven actualmente viviendo con la familia? ☐ S ☐ N

Si dijo no, ¿con quién vive el niño? _____

¿Necesita este niño/joven asistencia con:

Alimentos? ☐ S ☐ N

Vestimenta? ☐ S ☐ N

Sección 5. Participación de agencias

(Marque todo lo que corresponda)

¿Está este niño/joven involucrado con alguna de las siguientes agencias?

<input type="checkbox"/> MassHealth	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Recursos de la ciudad/pueblo: _____
<input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Transicional (DTA)	<input type="checkbox"/> Agencia comunitaria: _____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Jóvenes (DYS)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios del Desarrollo (DDS)		

Sección 6. Participación cívica

¿Está este niño/joven involucrado con algo de lo siguiente: *(Marque todo lo que corresponda)*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Proyectos de servicios comunitarios | <input type="checkbox"/> Organizaciones cívicas comunitarias (You Inc., Lions Club, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bellas artes (por ej. pintura, dibujo) | <input type="checkbox"/> Servicio voluntario | <input type="checkbox"/> Organizaciones basadas en la fe |
| <input type="checkbox"/> Artes escénicas (por ej. música, danza, teatro) | <input type="checkbox"/> Clubes escolares/Gobierno estudiantil | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Scout | |

Sección 7. Disposición*Solo para uso de la oficina***ID familiar:****ID del miembro de la familia:****Tipo de cliente:**☐ Niño ☐ Padre/Cuidador/a**Fecha inicial:** _____**Contacto principal:** ☐ S ☐ N**Realizado por:** _____**Actualizado por:** _____**Fecha:** _____**Actualizado por:** _____**Fecha:** _____**Notas:**

FORMULARIO D

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<i>Solo para uso de la oficina:</i>			
Fecha:	ID familiar:	ID del miembro de la familia:	
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Apodo- <i>(Nombre que prefiere ser llamado):</i>
Nombre del miembro del personal que refiere:			Nuevo miembro de la familia: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Sección A. Programas de educación de crianza basados en la evidencia <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Crianza activa ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza activa de preadolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza activa de adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de apoyo para padres de ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Co-crianza y resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
STEP temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGC - Guía para tomar buenas decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cómo hablar para que los niños escuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mami y yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa enriquecedor para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa enriquecedor de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cafés para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crianza en América	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
El recorrido durante la crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Criar sabiamente – Sesiones individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Criar sabiamente – Sesiones grupales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de crianza positiva (Triple P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección A. Programas de educación de crianza basados en la evidencia <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Crianza como fuente de poder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervención adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección B. Grupos de ayuda mutua <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Grupo de abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de apoyo para padres adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de apoyo para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Padres que ayudan a otros padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección C. Talleres/Capacitaciones de aptitudes de la vida <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Talleres de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alfabetización financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo de la conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección D. Programas de educación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Educación de adultos (GED, Capacitación laboral, ESOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Competencia informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección D. Programas de educación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Head Start/Preescolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo/Enlace escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Clases de educación para padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección E. Artes / Eventos culturales <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos familiares especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Salidas y viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos de cocina/ Aporte de platos para una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Poesía/ Caminata con historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección F. Grupos de juego <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Grupo de juego, actividades padre/niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades educativas/recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección G. Eventos deportivos y de recreación <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Salidas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Picnic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Celebración de días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección H. Otros servicios y derivaciones <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
NECESIDADES BÁSICAS				
Asistencia con ingresos/Transicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SSI/SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vivienda/Albergue (Solicitudes de vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia para rentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia con combustible/Servicios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transporte (Pases de autobús, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Búsqueda de empleo/trabajo (Solicitudes de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentos/Nutrición (Despensa, Comidas, WIC, Cupones para alimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de traducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inmigración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Información sobre ciudadanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia en feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EQUIPO/MATERIAL				
Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pañales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fórmula infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asientos de bebé para el automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Muebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
APOYO FAMILIAR				
Servicios de violencia en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de abuso/negligencia infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Información sobre desarrollo infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección H. Otros servicios y derivaciones (Marque todo lo que corresponda)				
Servicio, recurso o programa	Actividad del FRC	Actividad/servicio externo	Fecha de disponibilidad	Notas
Intervención temprana / Evaluación del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidado infantil (de emergencia o continuo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios para niños con necesidades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios para padres con hijos con necesidades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Evaluación de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plan de servicio de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Derivación a LMHC relacionada con CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo individual/familiar (Consultorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoyo individual/familiar (Externo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD				
Atención médica (Evaluaciones, seguro, vacunaciones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Planificación familiar, embarazo y apoyo para amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección I. Notas	
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha
Actualizado por:	Fecha

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN

(Para darle a la familia)

Nombre del programa	Proveedor	Dirección del proveedor	Información de contacto del proveedor	Tipo de programa

Notas:

FORMULARIO E

REGISTRO DE LA RECEPCIÓN

(Todos los familiares que vienen al Centro de Recursos Familiares)

Fecha	Hora	Nombre (Opcional)	¿Desea que nos comuniquemos con usted?	Información de contacto (Opcional)	¿Ha estado aquí antes?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

FORMULARIO F

TABLA DE PARTICIPACIÓN EN EVENTOS

Fecha del evento:	Nombre del evento:		
Nombre del miembro del personal:	Tipo de evento:	Núm. total de sesiones	Núm. de sesión
Cuidado infantil proporcionado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transporte proporcionado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alimentos proporcionados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Papel del FRC:
Número de personas inscritas:	Núm. real de asistentes:	Núm. estimado de asistentes:	

ID del miembro de la familia	Apellido	Nombre	Correo electrónico	Teléfono	Dirección	Número de niños que asistieron	¿El miembro de la familia desea seguimiento?
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

FORMULARIO G

ENCUESTA FAMILIAR

<i>Solo para uso de la oficina:</i>		
Fecha:	ID familiar:	ID de miembro de la familia:
Encuesta realizada por:		Tipo de encuesta: <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> En persona

INSTRUCCIONES: Esta escala debe administrarse a todos los cuidadores familiares durante el proceso de Evaluación Clínica (ver FRC Modelo para Flujos de Servicios) y nuevamente a los tres meses o una vez que hayan concluido los servicios que se están recibiendo (cualquiera que se logre primero). Esta escala es apropiada para todos los cuidadores familiares incluso los padres adolescentes. Esta escala la podrá completar el cuidador familiar o puede ser administrada por el personal de FRC, leyendo cada pregunta y proporcionando al cliente las opciones de las respuestas. (Por favor vea las tarjetas de respuesta) Esta escala no debe ser administrada a las personas que no son cuidadores.

Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
COMUNICACIÓN FAMILIAR							
En mi familia, hablamos sobre los problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando discutimos, mi familia escucha “ambas partes de la historia”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos unos a otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi familia aúna esfuerzos cuando las cosas son estresantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi familia puede resolver sus propios problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOYO SOCIAL/EMOCIONAL							
Tengo a otros que escucharán cuando necesite hablar de mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me siento solo/a, hay varias personas con las que puedo hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si hay una crisis, tengo a otros con los que puedo hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOYO CONCRETO							
No tendría idea de dónde buscar ayuda si mi familia necesitara alimentos y vestimenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabría dónde buscar ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si tuviera problemas para cubrir los gastos.							
Si necesitara ayuda para encontrar empleo, no sabría dónde buscarla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESARROLLO INFANTIL							
Muchas veces no sé lo que hacer como padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ayudar a mi hijo/a para que aprenda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a se porta mal solo para hacerme enojar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alabo a mi hijo/a cuando se porta bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando disciplino a mi hijo/a, pierdo el control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
CRIANZA Y APEGO							
Soy feliz estando con mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo somos muy cercanos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy capaz de consolar a mi hijo/a cuando está enojado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paso tiempo con mi hijo/a haciendo lo que a él/ella le gusta hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta	No me describe bien	Me describe algo bien	Me describe bien	Me describe bastante bien	Me describe muy bien
Resistencia personal					
Busco activamente maneras de reemplazar las pérdidas que enfrento en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que puedo crecer de maneras positivas enfrentando situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busco maneras creativas de alterar las situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin importar lo que me pase a mí, creo que puedo controlar mi reacción a ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO I

CUESTIONARIO DE DESARROLLO JUVENIL

<i>Solo para uso de la oficina:</i>		
Fecha:	ID de la familia:	ID del miembro de la familia:
Cuestionario realizado por:		Tipo de cuestionario: <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> En persona

INSTRUCCIONES: Esta escala debe administrarse a todos los jóvenes entre las edades de 10 a 18, que estén matriculados en la escuela, que estén recibiendo servicios por medio de FRC y que no sean cuidadores, y por lo tanto no llenan la Encuesta familiar. Esta debe ser administrada durante el proceso de Evaluación Clínica (ver FRC Modelo para Flujos de Servicios) y nuevamente a los tres meses o una vez que hayan concluido los servicios que se están recibiendo (cualquiera que se logre primero). Esta escala la podrá completar el joven o puede ser administrada por el personal de FRC leyendo cada pregunta y proporcionando al joven las opciones de las respuestas (esto podría ser una estrategia preferible cuando se trabaja con jóvenes menores de 14 años) (Por favor vea las tarjetas de respuesta

1. Éxito académico: Dinos sobre tu experiencia en la escuela.

PREGUNTA	Mayormente F	Mayormente D	Mayormente C	Mayormente B	Mayormente A
a) Durante el semestre pasado, ¿cómo describirías tus notas en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 O MÁS HORAS
b) Durante los 7 días pasados, ¿alrededor de cuánto tiempo pasaste haciendo tareas escolares fuera de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Durante los 7 días pasados, ¿alrededor de cuántas horas pasaste leyendo por placer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CON QUÉ FRECUENCIA HACES LO SIGUIENTE?	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
d) Me esfuerzo mucho en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Me gusta la escuela o estoy interesado/a en ir a la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mi escuela me importa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CON QUÉ FRECUENCIA HACES LO SIGUIENTE?	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
g) Me llevo bien con mis compañeros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Me llevo bien con mis maestros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Participación comunitaria: Cuéntanos cómo pasas tu tiempo en la comunidad.

PREGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 HORAS O MÁS
a) Durante los 7 días pasados, ¿alrededor de cuántas horas pasaste actuando como voluntario/a o ayudando a otros en tu comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Durante los 7 días pasados, ¿alrededor de cuántas horas pasaste buscando oportunidades de ayudar a otros en tu comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO TE SIENTES RESPECTO A TU PAPEL EN LA COMUNIDAD?	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
b) Me siento importante para mi comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Siento una conexión fuerte con mi comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Me siento bien sobre mi mismo porque ayudo a otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Competencia cultural: Cuéntanos lo que piensas sobre culturas distintas a la tuya.

PREGUNTAS	NO LO SÉ	NADA	MUY POCO	ALGO	MUCHO
a) ¿Cuánto piensas que sabes sobre personas de otras culturas, razas o grupos étnicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
b) Me intereso en interactuar con personas jóvenes de otras culturas, razas o grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tengo respeto por personas jóvenes de otras culturas, razas o grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Me siento cómodo/a con personas jóvenes de otras culturas, razas o grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aptitudes de vida: Cuéntanos cómo te relacionas con los demás.

PREGUNTAS	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
a) Me llevo bien con otras personas de mi edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se me hace fácil hacer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se me hace fácil contarle a otros mis ideas y sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Se me hace fácil escuchar a otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trabajo bien con otros en equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tomo buenas decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Soy bueno/a para planear con anticipación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Soy bueno/a para establecer objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Soy bueno/a para resolver problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Soy un/a buen/a líder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Soy bueno/a para atender problemas sin violencia ni peleas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sentido de uno mismo: Cuéntanos sobre ti.

PREGUNTAS	NO LO SÉ	NUNCA	PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
a) Me siento bien sobre mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Siento que tengo control sobre cosas que me pasan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Siento que puedo hacer una diferencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Soy bueno/a para aprender cosas nuevas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Me siento bien sobre mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Soy bueno/a para manejar lo que venga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Resolución de problemas familiares: Por favor dinos cómo tu familia generalmente resuelve los problemas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
a) En nuestra familia generalmente ponemos en práctica nuestras decisiones respecto a los problemas que surgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Después que nuestra familia intenta resolver un problema, generalmente hablamos sobre si funcionó o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En nuestra familia resolvemos la mayoría de los contratiempos emocionales que surgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) En nuestra familia enfrentamos los problemas que tienen que ver con los sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) En nuestra familia intentamos pensar en distintas maneras de resolver problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA	No me describe bien	Me describe algo bien	Me describe bien	Me describe bastante bien	Me describe muy bien
Resistencia personal					
Busco activamente maneras de reemplazar las pérdidas que enfrento en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que puedo crecer de maneras positivas enfrentando situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busco maneras creativas de alterar las situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin importar lo que me pase a mí, creo que puedo controlar mi reacción a ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO K

PLAN DE APOYO FAMILIAR

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

NOMBRE DEL/DE LA JOVEN: _____ ID familiar _____

Fecha de Nac.: _____ ID del miembro de la familia _____

(Nombre del FRC)

Fecha original de este plan:	Revisado el:	Revisado el:	Revisado el:	Revisado el:	Revisado el:
Realizado por:	Actualizado por:	Actualizado por:	Actualizado por:	Actualizado por:	Actualizado por:

No.	Visión /Necesidad de la familia (Describe la mejoría específica si la necesidad fue abordada)	Objetivo(s) para cubrir la visión necesidad

Este plan volverá a ser revisado el: _____ (todos los planes de apoyo familiar deben ser revisados cada _____ semanas).
(Fecha)

(Nombre del FRC)

Necesidades del/de la joven/la familia (Lista de necesidades del/de la joven/ la familia por orden de prioridad. La seguridad siempre debe tener mayor prioridad.)

No.	¿Qué se hará para ayudar a la familia a alcanzar el objetivo? (Si se refiere a un servicio, indique cómo se espera que el servicio ayude.)	Persona responsable	Progreso
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado
			<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Alcanzado

(Nombre del FRC)

PROGRESO / REVISIÓN DE OBJETIVOS					
Fecha	Progreso hacia el objetivo				Logros / Progreso / Impedimentos
	No.	Objetivo alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	