

# FORMULARIO C<sup>2</sup>

## 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)

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial:</b>	<b>Apodo</b> (Nombre que prefiere ser llamado):	<b>Fecha de nac. y edad:</b>	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> _____
<b>Sección 1. Educación / Empleo</b>					
<b>Estado educativo:</b> <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			<b>Nombre de la escuela/Última escuela a la que concurrió:</b> _____ <b>Programa para después de la escuela:</b> (Si está inscrito) _____ <b>Si fue referido por la escuela, nombre del personal:</b> _____		
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					
<b>Sección 2. Salud física y mental</b>					
<b>¿Tiene este niño/joven una discapacidad?</b> <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			<b>¿Cuál es la salud física y mental general de este niño/joven? (Haga un círculo en uno)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Mala</span> <span>Regular</span> <span>Buena</span> <span>Excelente</span> </div> <hr/> <b>¿Tiene este niño/joven alguna afección que requiera atención regular o seguimiento?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <b>¿Cuál es (son) la(s) afección(es)?</b> _____ _____ _____		

¿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:**