

IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Esta información se requiere de acuerdo al Código de Salud y Seguridad y a los reglamentos del Departamento para que se mantenga sobre cada una de las personas que se admite a un establecimiento para el cuidado en la comunidad. Debe estar a la disposición inmediata de la persona encargada, pero no debe estar disponible a personas que no estén autorizadas. Toda la información tiene que estar actualizada. Vea la siguiente página para información adicional que se requiere de los establecimientos residenciales para niños.

A. TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS [CON LA EXCEPCIÓN DE LAS GUARDERÍAS INFANTILES Y LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS - ÉSTOS TIENEN QUE COMPLETAR EL FORMULARIO LIC 700.]

1. NOMBRE DEL CLIENTE O NIÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
2. PERSONA RESPONSABLE U OFICINA/AGENCIA DE COLOCACIÓN	DIRECCIÓN		TELÉFONO ()	
3. NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO (OPCIONAL)	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO ()	
4. FECHA DE ADMISIÓN AL ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN ANTES DE SER ADMITIDO(A)			
5. FECHA EN QUE DEJÓ EL ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN PARA RECIBIR FUTURA CORRESPONDENCIA			
6. RAZONES POR LAS CUALES DEJÓ EL ESTABLECIMIENTO				

7. PERSONA(S) RESPONSABLE DE LOS ASUNTOS FINANCIEROS, PAGO DEL CUIDADO; TUTOR LEGAL, SI HAY UNO

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
		()
		()
		()

8. OTRAS PERSONAS A LAS QUE SE LES DEBE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
a. DOCTOR		()
b. PROVEEDOR DE LA SALUD MENTAL, SI HAY UNO		()
c. DENTISTA		()
d. PARIENTE(S)		()
e. AMIGO(S)		()

9. PLAN DE HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL HOSPITAL A DONDE SE LE DEBE LLEVAR EN CASO DE EMERGENCIA	DIRECCIÓN DEL HOSPITAL A DONDE SE LE DEBE LLEVAR EN CASO DE EMERGENCIA
NOMBRE DEL PLAN MÉDICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN MÉDICO
NOMBRE DEL PLAN DENTAL (SI HAY UNO)	NÚMERO DEL PLAN DENTAL (SI HAY UNO)

10. OTRA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE

a. SITUACIÓN EN RELACIÓN A SI PUEDE CAMINAR O NO		
b. PREFERENCIA RELIGIOSA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CLÉRIGO, O CONSEJERO RELIGIOSO, SI HAY UNO	TELÉFONO ()

11. COMENTARIOS

FIRMA DEL RESIDENTE	FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO	TÍTULO/PUESTO	FECHA
---------------------	--	---------------	-------

B. ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA NIÑOS*(Los reglamentos requieren información adicional para establecimientos residenciales para niños.)*

1. NOMBRE DEL NIÑO

2. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA CON LA QUE SE DEBE COMUNICAR, SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NO ESTÁ DISPONIBLE

ESPECIFIQUE LA RELACIÓN/PARENTESCO

NÚMERO DE TELÉFONO

()

3. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE (O PADRES)/PAREJA DOMÉSTICA DE ALGUNO DE LOS PADRES, SI SE SABE

NÚMERO DE TELÉFONO

()

4. SITUACIÓN DEL NIÑO ANTE LA CORTE (ADJUNTE ÓRDENES SOBRE LA PATRIA POTESTAD [CUSTODIA] Y ACUERDOS CON LOS PADRES O PERSONAS QUE TIENEN LA CUSTODIA LEGAL. **NOTA:** OPCIONAL PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES QUE PROPORCIONAN CUIDADO A UN NÚMERO PEQUEÑO DE NIÑOS DISCAPACITADOS (SMALL FAMILY HOME - SFH) Y HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL5. **PERSONAS CON LAS QUE EL NIÑO HA ESTADO VIVIENDO (SI SE SABE)**

NOMBRE Y RELACIÓN/PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
		()
		()
		()

6. **RESTRICCIONES EN RELACIÓN A LAS VISITAS (POR ORDEN DE LA CORTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)**

PERSONAS NO AUTORIZADAS PARA VISITAR AL NIÑO		PERSONAS NO AUTORIZADAS PARA VISITAR AL NIÑO	
NOMBRE	RELACIÓN/PARENTESCO	NOMBRE	RELACIÓN/PARENTESCO

7. **RESTRICCIONES EN RELACIÓN A LAS VISITAS FAMILIARES A LA RESIDENCIA**

ESPECIFIQUE SI HAY ALGUNA

8. **TODAS LAS PERSONAS AUTORIZADAS A LLEVARSE AL NIÑO DEL HOGAR**

NOMBRE	RELACIÓN/PARENTESCO	CONDICIONES ESPECÍFICAS

9. **ACCESO AL TELÉFONO**

HACER Y RECIBIR LLAMADAS CONFIDENCIALES

 SÍ
 NO (POR ORDEN DE LA CORTE)

SI LA RESPUESTA ES "NO", ESPECIFIQUE LAS RESTRICCIONES

10. COMENTARIOS