

ATENCIÓN: Este es un formulario electrónico disponible en FamLink. Esta versión de Word sólo debe usarse cuando FamLink no esté disponible.



Derivación para visita Visit Referral

FECHA

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE CA QUE HACE LA DERIVACIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
CORREO ELECTRÓNICO DEL PERSONAL DE CA	OFICINA DE LA DSHS	NÚMERO DE FAX (Y CÓDIGO DE ÁREA)
NOMBRE DEL SUPERVISOR DE CA		NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)

Tipo de visita

- Tipo de visita:** Visita padres-hijos Visita de hermanos
- Método:** En persona Electrónico En persona y electrónico
- Transporte:** Con transporte Sin transporte Sólo transporte
- Tipo de proveedor:** Contratado Familiar / Cuidador adulto apropiado Tutor temporal Asistente de caso / pasante
 Voluntario Otro
- Proveedor preferido:
- Motivo del plan / derivación:** Inicial Rederivación - el padre no se presentó o faltó a tres (3) visitas consecutivas
 Rederivación - se canceló el proveedor Actualización - Cambios en el lugar, la frecuencia, la duración o el nivel de supervisión de la visita
 Reautorización – todas las visitas supervisadas cada tres (3) meses

Nivel de supervisión

- Sin supervisión**
- a. El padre o madre es el cuidador principal y puede demostrar la disposición y capacidad para cuidar del menor de manera segura durante toda la visita.
 - b. Todas las amenazas a la seguridad deben manejarse por medio del desarrollo de un plan de seguridad, si se indica.
- Monitoreada**
- a. Estar EN EL SITIO durante toda la visita;
 - b. Realizar revisiones periódicas en las que se pueda ver y escuchar la interacción entre padre y menor;
 - c. Estar listo para intervenir si es necesario.
- Supervisada**
- a. Tener una línea de visión directa y capacidad de escuchar al menor y a todas las partes en todo momento durante la visita.
 - b. El trabajador de servicio encargado de la visita debe acompañar al padre y a todos los menores al sanitario si alguno de ellos necesita usarlo.
 - c. Las visitas de hermanos son supervisadas a menos que el trabajador de CA indique directamente lo contrario.

Explique por qué las visitas no pueden ser sin supervisión. Describa todos los recursos explorados antes de seleccionar la supervisión contratada y el apoyo para transporte, y explique por qué no se puede usar un proveedor sin contrato.

Frecuencia y duración

¿Cuántas visitas por semana/mes? ____ veces por ____ ¿Cuánto debe durar cada visita? ____ horas

Visitas para pasar la noche aprobadas al ____ (fecha)

¿El tiempo de visita es negociable?

Sí

No; escriba el día y hora requeridos para la(s) visita(s):

Ordenadas por el tribunal de la siguiente manera:

Menores que participan en las visitas

NOMBRE DEL MENOR / ID DE LA PERSONA	IDENTIFICACIÓN DEL CASO	FECHA ORIGINAL DE UBICACIÓN (por sus siglas en inglés, "OPD")	EDAD	SEXO	PESO DEL NIÑO (NECESARIO PARA SELECCIONAR EL ASIENTO DE AUTOMÓVIL)	ALERGIAS CONOCIDAS (SI LAS HAY, DETALLE LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS A CONTINUACIÓN)
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido

Padre / Tutor que participa en las visitas

NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO	IDIOMA PRINCIPAL	NECESITA INTÉRPRETE
				<input type="checkbox"/>

Otros participantes aprobados para la visita

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

Información sobre colocación del menor

NOMBRE DEL NIÑO COLOCADO	NOMBRE(S) DE TUTORES TEMPORALES / PARIENTES DONDE ESTÁ COLOCADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RECOGER	ENTREGAR
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros lugares para recoger y entregar

NOMBRE(S) DEL MENOR(ES)	NOMBRE DEL LUGAR	DIRECCIÓN	CONTACTO (NOMBRE Y TELÉFONO)	RECOGER	ENTREGAR
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de la agencia que colocó al menor

MENOR	NOMBRE DE LA AGENCIA	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO / TELÉFONO

Lugares aceptables para visitas

Las visitas deben realizarse en el entorno menos restrictivo Las oficinas de la DSHS deben reservarse para las familias de alto riesgo.

NOMBRE DEL LUGAR	DIRECCIÓN

Problemas de seguridad

| | PADRE / MENOR |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Arranques de ira | <input type="checkbox"/> |
| Contacto inapropiado | <input type="checkbox"/> |
| Conversación inapropiada | <input type="checkbox"/> |
| Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> |
| Puede tratar de llevarse al menor | <input type="checkbox"/> |
| Comportamiento o amenazante | <input type="checkbox"/> |
| Niño con complejidad médica | <input type="checkbox"/> |
| Orden de restricción o de no contacto | <input type="checkbox"/> |
| Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |

Explique cada problema marcado para cada padre o menor para ayudar al supervisor de la visita a mantener la seguridad del menor.

Instrucciones específicas para la visita

Identifique todas las condiciones especiales o restricciones para las visitas que se refieran a la salud y seguridad del menor, incluyendo:

- Necesidades del desarrollo, alergias, necesidades médicas, restricciones de la dieta, etc.
- Comportamientos esperados de los padres durante las visitas, incluyendo las reglas de las visitas referentes a su cancelación, reprogramación, hora de llegada, etc.
- Especificar si los participantes en la visita tienen permitido salir al exterior durante una visita.
- Si la visita o contacto es por vía electrónica (Skype, FaceTime, visita carcelaria por video), proporcione suficiente información sobre el uso de la computadora o de otro dispositivo de comunicación.
- Si la visita se realiza en una institución correccional, proporcione información para obtener permiso para acompañar al menor visitando el sitio web del DOC en <http://www.doc.wa.gov> y seleccionando la pestaña "Family and Friends" ("Familia y amigos").

FIRMA DEL TRABAJADOR DE CA

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA

FIRMA DEL PORTERO

FECHA

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE ÁREA

FECHA

Autorizado del _____ al _____ .