

Notificación del cuidador específica de un niño Child Specific Caregiver Notification

- Visita a padres - niño
 Visita a hermanos

NOMBRE DEL NIÑO (LLENAR PARA CADA UNO)	NOMBRE DEL TRANSPORTADOR		
TIPO DE VISITA (SUPERVISADA / MONITOREADA / SÓLO TRANSPORTE)	FECHA DE LA VISITA	HORA DE LA VISITA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
NOMBRE DE LA AGENCIA	UBICACIÓN DE LA VISITA		
¿Quién estaba en la visita y cuál es su relación con el niño (incluyendo a los padres, el niño, asistente social, CASA, etc.)? Sólo nombres de pila por confidencialidad.			
<div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 20px;"> SÍ NO N/A </div>			
1. ¿El niño comió o bebió durante la visita? Si contestó que sí, liste la comida o bebida y la hora en la que el niño tomó la última comida o bebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se cambió el pañal del niño durante la visita? ¿Hora del último cambio de pañal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si el niño sabe ir al sanitario, ¿el niño usó el sanitario durante la visita? Si contestó que sí, ¿cuántas veces y a qué hora lo utilizó por última vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño orinó o ensució su ropa en algún momento durante la visita? Si contestó que sí, ¿cuántas veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El niño durmió siesta durante la visita? Si contestó que sí, ¿durante cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El niño durmió durante el traslado a casa? Si contestó que sí, ¿durante cuánto tiempo? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si va a la escuela, ¿el niño hizo tareas escolares? ¿El niño le leyó al padre? Si contestó que sí, documente cuántos minutos leyó y pida al padre que firme la bitácora, si se proporcionó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ocurrió alguna lesión durante la visita? Si contestó que sí, descríbala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ocurrió algún incidente inusual que podría afectar el bienestar del niño? Si contestó que sí, explíquelo a continuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deje esta copia con el cuidador o la persona designada.

Recibí una copia del informe de notificación del cuidador específica de un niño.

NOMBRE DEL CUIDADOR O PERSONA DESIGNADA EN EL DESTINO (CON LETRA DE MOLDE)	
FIRMA	FECHA

Deje esta copia con el cuidador o la persona designada.