

Solicitud de relevo de menores

Solicitud inicial Solicitud actualizada

TIPO DE RELEVO SOLICITADO:

- Servicios de relevo mejorados (ERS)
 Relevo especializado
 Relevo financiado por una exención en un entorno con licencia

Adjunte los detalles de la evaluación de la DDA (Administración de Discapacidades del Desarrollo), el IEP (programa de educación individualizada), el ABA (análisis conductual aplicado) o el plan de apoyo de la conducta, un consentimiento válido para la divulgación de información (incluya "Otros proveedores contratados por el DSHS [Departamento de Servicios Sociales y de Salud]: Personal residencial con licencia" en el consentimiento), y cualquier otra información pertinente.

NOMBRE DE LA PERSONA	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ADSA	REGIÓN
----------------------	---------------------	----------------------------------	--------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

PADRE O TUTOR	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL (CON CÓDIGO DE ÁREA)
---------------	---

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO PARA EMERGENCIAS O CELULAR	TELÉFONO O CELULAR DEL CUIDADOR SUPLENTE (SI EL PADRE O TUTOR NO ESTÁN DISPONIBLES)
---------------------------------	-------------------------------------	---

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL EN CASO DE SER DIFERENTE A LA ANTERIOR <input type="checkbox"/> IGUAL A LA ANTERIOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--	--------	--------	---------------

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DE CASOS (CRM) DE LA DDA	RECIBIR ENCUESTA DESPUÉS DE LA ESTANCIA DE RELEVO (PARA SERVICIOS DE RELEVO MEJORADOS SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> Por correo electrónico <input type="checkbox"/> En papel
--	---

¿La familia está dispuesta a trasladarse al este u oeste de Washington para obtener servicios de relevo mejorados? Sí No

SERVICIOS DE INTÉRPRETE
 No Sí; idioma específico:

Fechas del relevo solicitado* (Solo se debe completar si accede a un relevo especializado o financiado por una exención)

	DESDE	HASTA	TRANSPORTE PROPORCIONADO POR:
1.			
2.			
3.			

* Las fechas del relevo solicitado no son definitivas hasta que se haya aprobado la solicitud. Las emergencias no programadas podrían tener prioridad o afectar relevos anteriores.

Educación

NOMBRE DE LA ESCUELA	DISTRITO ESCOLAR
----------------------	------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

NOMBRE DEL DOCENTE	TELÉFONO DEL TRABAJO
--------------------	----------------------

¿El menor asiste al día escolar completo (seis horas)? Sí No

Médico			
IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDOR UNO			
MEDICAMENTOS ACTUALES	DOSIS	FRECUENCIA	MOTIVO DE LA RECETA
MEDICAMENTOS PARA TOMAR SEGÚN SEA NECESARIO	DESCRIBA EL PROTOCOLO DE USO		
<p>Describa qué tipo de asistencia necesita para tomar medicamentos o aplicar ungüentos o gotas medicamentosas (incluidas vitaminas):</p> <p> <input type="checkbox"/> Solo supervisión <input type="checkbox"/> Indicaciones verbales <input type="checkbox"/> Darle la taza <input type="checkbox"/> Moler y mezclar en la comida <input type="checkbox"/> Asistencia física <input type="checkbox"/> Medicamentos administrados por sonda gástrica <input type="checkbox"/> La persona no requiere medicamentos orales o tópicos <input type="checkbox"/> Otra: </p>			
ALERGIAS (DESCRIBIR)			
RESTRICCIONES EN LA DIETA O PREFERENCIAS ALIMENTICIAS (DESCRIBIR)			
<p>¿TRASTORNO CONVULSIVO? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DESCRIBA EL TIPO, LA FRECUENCIA Y LA ÚLTIMA CONVULSIÓN, E INCLUYA UN PROTOCOLO DE CONVULSIONES RECETADO (SI CORRESPONDE).</p> <p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p>			
MÉDICO DE CABECERA	NÚMERO DE TELÉFONO		
DENTISTA	NÚMERO DE TELÉFONO		
OTROS MÉDICOS (ESPECIFIQUE EL TIPO)	NÚMERO DE TELÉFONO		
OTRO PROVEEDOR MÉDICO O DE SALUD CONDUCTUAL (ESPECIFIQUE EL TIPO)	NÚMERO DE TELÉFONO		
OTRO PROVEEDOR MÉDICO O DE SALUD CONDUCTUAL (ESPECIFIQUE EL TIPO)	NÚMERO DE TELÉFONO		
Describa cómo el cliente indica que siente dolor:			
Describa sus capacidades de habla y comunicación, incluidas las necesidades de asistencia, tales como un sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), un horario visual, un dispositivo de comunicación, etc.:			

Conducta		
<input type="checkbox"/> Deambula o escapa	<input type="checkbox"/> Arroja objetos	<input type="checkbox"/> Comportamientos autodestructivos
<input type="checkbox"/> Se oculta	<input type="checkbox"/> Destrucción de bienes	<input type="checkbox"/> Agresiones físicas
<input type="checkbox"/> Corre hacia el tráfico	<input type="checkbox"/> Estímulos	<input type="checkbox"/> Problemas fecales
<input type="checkbox"/> Abre la puerta del automóvil en movimiento	<input type="checkbox"/> Percepciones sensoriales/ruido/contacto	<input type="checkbox"/> Orina de manera inapropiada
<input type="checkbox"/> PICA (come objetos no comestibles)	<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Vocalización a alto volumen
<input type="checkbox"/> Ingiere sustancias peligrosas	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Muerde
<input type="checkbox"/> Prende fuego	<input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza	<input type="checkbox"/> Conductas sexuales inapropiadas
¿Cuál es el comportamiento más inquietante que muestra en el hogar, en la comunidad y en la escuela?		
¿Qué cosas hay que evitar (música a volumen alto, contacto, comida, etc.)?		
¿Qué problemas de seguridad le preocupan?		
Requisitos de supervisión: Describe el nivel de supervisión para la salud y la seguridad: mínima, mantener a la vista, personalizada, cuidador despierto, etc.		
¿Se utiliza algún procedimiento de restricción o intervención física en su hogar para modificar conductas problemáticas (tablillas para brazos, cascos, arnés, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, descríbalos. Tenga en cuenta que es posible que los proveedores de relevos deban solicitar instrucciones por escrito del profesional que lo trata sobre el uso de equipos de protección, como cascos, tablillas para brazos, etc.		
¿Se utiliza un plan de asistencia conductual en el hogar o en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, proporcione una copia del plan para incluirla con la solicitud de relevo.		
¿Actualmente se utilizan alarmas en su hogar? Si la respuesta es afirmativa, descríbalas.		
Necesidades de supervisión en la comunidad (personalizada en la comunidad debido a problemas, puede ser supervisado con otros niños):		
Rutinas diarias: Describe lo más detalladamente posible cada rutina diaria.		
Rutina de la mañana: describa las rutinas y preferencias del cliente, incluidas las horas a las que realiza cada actividad de la rutina, las horas de las comidas, de bañarse o ducharse.		
Rutina de la tarde y la hora de acostarse: describa las rutinas y preferencias del cliente, incluidas las horas a las que realiza cada actividad de la rutina, las horas de las comidas, de bañarse o ducharse.		

Rutina escolar diaria habitual: describa las rutinas y preferencias del cliente.

Rutina de un día que no asiste a la escuela: describa las rutinas y preferencias del cliente.

**Recreación/Actividades/Participación en la comunidad
Describa las preferencias personales en las siguientes áreas.**

Actividades recreativas y de esparcimiento preferidas en la comunidad:

Actividades preferidas en el hogar y en la comunidad. Actividades para evitar en el hogar y en la comunidad.

¿Necesita asistencia cultural o religiosa? Si la respuesta es afirmativa, descríbala.

Visitantes: mencione a las personas que tienen permitido visitar al menor durante la estancia de relevo.

NOMBRE	TIPO DE CONTACTO APROBADO <input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Telefónico	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

NOMBRE	TIPO DE CONTACTO APROBADO <input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Telefónico	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

Revisión de la solicitud y firmas

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO (EN CASO DE NO SER EL PADRE O MADRE)	FIRMA	FECHA
FIRMA DEL PADRE O MADRE (SI OTRA PERSONA COMPLETÓ ESTE FORMULARIO EN SU NOMBRE)		FECHA