



Channel Islands Social Services

4000 Calle Tecate, Suite 200, Camarillo, CA 93012

Telefono (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

www.IslandSocialServices.org

Forma de Preferencia Familiar

CISS cree en conectar a familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro calificado para permitir el más alto grado de conpabilidad y suceso para el programa de respirio en casa. Por favor complete la siguiente información, que solo será compartida con empleados de CISS, que son requeridos a mantener toda la información confidencial de acuerdo con las practicas relacionadas a la ley de HIPPA.

Ponga una Foto Reciente
De su hijo/a
O envíe a
Sharon@IslandSocialServices.org

A. Información de Contacto

Nombre de niño/a: _____

Apodo: _____

FDN: ____/____/____ Peso Actual ____lbs.

Horas de Respirio Autorizadas: _____ hrs. /mes.

Nombre de los Padres: _____

Teléfono-Hogar: (____) _____ # Primario?

Teléfono-Celular: (____) _____ # Primario?

Teléfono- Otro: (____) _____ # Primario?

Nombres/Edades de Hermanos/as: _____ # de hermanos/as con el centro regional?: _____

Dirección de Hogar: _____

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Dirección de Correo Electrónico: _____
(Las direcciones de correo electrónico son confidenciales y solo usados para comunicación infrecuente de la agencia tales como el Boletín y Eventos Comunitarios)

B. Calendario de Respirio General: (marque uno) Horas son consistentes Horas varían Puedo usar ____x Semana
Por favor marque en cada día de la semana las horas en las que generalmente va a pedir horas de respirio: #

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A							
M							
P							
M							

Va a necesitar alguna ayuda toda la noche? Si No Es posible, cuando conozcamos alguien de confianza

Va a ver otros niños en la casa durante el cuidado de respirio? No Si, # _____ Es posible

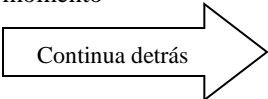
Nota: El Centro Regional ha autorizado a Channel Islands Social Services a proveer servicios de cuidado de respirio para su hijo/a con discapacidad. Los padres son responsables para toda la supervisión y/o arreglos de pago para el cuidado de sus otros hijos/as durante el cuidado de respirio.

C. Preferencias para la Persona que va a dar Cuidado:

Por favor marque una o ambas opciones abajo que aplican a su familia:

Estoy refiriendo _____ para ser empleado en este momento
(Nombres de los Trabajadores de Respirio)

Preferimos ayuda en reclutar a alguien para entrevistar



C. Preferencias Cont..

Lenguaje principal que prefiere hablar en casa: _____

La familia prefiere recibir cuidado de: Cualquier persona que conoce Solo Mujer Solo Hombre

D. Ambiente en el Hogar: Por favor identifique los siguientes factores que también han sido identificados como importantes en hacer una buena conexión y proteger la salud de nuestros trabajadores: (Marque todos los que aplican)

Alguien en su familia fuma dentro de la casa? Si No Afuera solamente

Tiene animales domésticos? Si No Si tiene, cuantos y de que tipo? _____

E. Descripción General de Respiro (opcional): Por favor describa brevemente lo que típicamente hace durante las horas de respiro (A donde va? Que hace? Cuantas horas usa al mismo tiempo?):

F. Expectativas del Trabajador: Describa brevemente lo que espera que su Trabajador de Respiro va hacer cuando este proveyendo cuidado (Jugar con su hijo/a? Hacer la tarea? Ir al parque? Continuar un plan de comportamiento? Bañar o cambiar pañales? Dispensar medicamento después de ser entrenado por el padre?) Puede agregar otra hoja si es necesario.

G. Gustos/Disgustos de su Hijo/a: Describa lo que quiere que su Trabajador de Respiro sepa sobre los gustos y disgustos de su hijo/a, la necesidad de mantener una rutina, necesidades sensoriales, amigos de la escuela/vecindad, comida/películas, etc...

H. Alergias: Por favor describa cualquier tipo de alergia que su hijo/a tiene: _____

I. Diagnósis: Identifique las condiciones de las cuales su hija/a tiene un diagnóstico. CISS quiere estar seguro de que hagamos una conexión entre la familia y trabajador que se sienten confortables y/o tienen experiencia dando apoyo a las necesidades específicas de su hijo/a. La familia es en última estancia responsable en entrenar al trabajador en las necesidades específicas de su hijo/a.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual – Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> No-Ambulante (silla de ruedas/andador) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual - Moderado a Severo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger’s | <input type="checkbox"/> Incontinencia (no usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento – Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Incontinencia (usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento- Moderado a Severo | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> No-Verbal | <input type="checkbox"/> Convulsiones (leve/infrecuente) | <input type="checkbox"/> Prader Willi |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Leve (medicamento solamente) | <input type="checkbox"/> Convulsiones (frecuente) | <input type="checkbox"/> PICA (come objetos no comestibles) |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Moderado (cambiar gasas y medicina) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett | <input type="checkbox"/> Impedimento de Audición/Sordo |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Severo (Cuidado de tubo de nutrición y/o inyecciones de insulina – puede requerir enfermera) | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ciego | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Acto de Información, Portabilidad y Contabilidad de Salud (HIPAA) y Autorización de Servicios de Emergencia

Al firmar este documento, estoy de acuerdo en dar la siguiente información a Channel Islands Social Services (CISS) y sus empleados para el solo propósito de asegurar la calidad de provisión de cuidado de respiro, que incluye el reclutamiento del trabajador y poner al corriente el archivo interno y confidencial de mi familia. También autorizo a CISS ha aprobar cuidado medico de emergencia y asistencia de vida que ha sido juzgado como necesario por un profesional medico de emergencia para mi hijo/a en el evento de que cuando este proveyendo cuidado no se pueden comunicar conmigo por teléfono o en persona. También comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Adicionalmente, tal autorización se dará como revocada inmediatamente al recibir en escrito la cancelación de servicios por mi o la agencia que da fondos a los servicios de CISS.

Firma del Padre/Guardián Y Relación

Fecha

Por favor regrese esta forma a nuestra oficina en el sobre incluido. Gracias!