



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Admisión Inicial, Colocación e Información e Historial de Bienestar

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

Iniciado por: _____ Puesto: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Puesto: _____ Fecha: _____

Persona que facilita información a DCS: _____ Relación con el niño/joven: _____

Cobertura de seguro actual Sí No No sabe **Si respondió "Sí", detalle** _____

Información del niño/joven

Nombre del niño/joven:		Correo electrónico:		Número de Seguro Social:	
-------------------------------	--	----------------------------	--	---------------------------------	--

FDN:		Sexo :		Raza:		Hispano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano de EE. UU:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proporcione verificación del certificado de nacimiento
-------------	--	---------------	--	--------------	--	-----------------	---	-----------------------------	---

¿Este niño/joven tiene o se sospecha que tiene ascendencia indígena americana o afiliación tribal? Si la respuesta es "Sí", remita el caso al equipo IICA utilizando el formulario Remisión de ICWA al Equipo de Asuntos Culturales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "Sí", indique qué progenitor o tutor, tribu y datos de registro:	
---	---	--	--

Estado civil del niño/joven (marque una)	<input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado
---	--

¿Se ha colocado al joven en cuidado fuera del hogar antes de este episodio de custodia? En caso afirmativo, indique las fechas y las colocaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción actual del niño/joven
--

Fecha de la descripción física:		Idioma principal hablado	
Altura		Peso	
Color de cabello		Color de ojos	
Religión:		Marcas o tatuajes identificativos:	

Necesidades especiales/discapacidades:	
---	--

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

Equipo médico especial:					
--------------------------------	--	--	--	--	--

Citas programadas: <i>(fecha, proveedor, ubicación, tipo de cita)</i>					
---	--	--	--	--	--

Alergias/Reacciones Adversas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
--------------------------------------	---	--	--	--	--

Medicamento:		Describe la reacción:			
---------------------	--	------------------------------	--	--	--

Alimentos:		Describe la reacción:			
-------------------	--	------------------------------	--	--	--

Picaduras de insectos:		Describe la reacción:			
-------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Otro:		Describe la reacción:			
--------------	--	------------------------------	--	--	--

¿Dieta médica modificada/religiosa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa		
--	---	--	-------------------------------------	--	--

Medicamentos: de receta y venta libre

Medicamentos actuales *(nombre, vía, frecuencia, dosis y días que le quedan de medicamento)*

--	--	--	--	--	--

¿Se administran medicamentos en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Qué medicamentos?		
--	---	--	---------------------------	--	--

Consentimiento firmado para medicamentos psicotrópicos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			Próxima cita médica:	
--	--	--	--	-----------------------------	--

¿Los padres de acogida han recibido los medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Explique:		
--	---	--	------------------	--	--

Historial de salud del menor

Explique en la sección "COMENTARIOS" los ítems marcados como Ahora/Antes

No	Ahora	Antes		No	Ahora	Antes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas gastrointestinales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales/de las vías urinarias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/problemas hepáticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo/Asperger (encierre uno)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de célula falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el desarrollo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia/trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad de aprendizaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moja la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia: <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Deposición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra condición médica <i>(describa abajo)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma/enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes <i>(describa abajo)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones <i>(describa abajo)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías <i>(describa abajo)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la anestesia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras discapacidades del desarrollo

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:
CS-0727, Rev. 6/24
RDA 11016



Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

El niño/joven está actualmente hospitalizado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", ¿dónde y por qué?:	
--	---	--	--

Comentarios/Información de salud adicional / servicios actuales relacionados con la salud:

Enfermedades de la infancia

No	Sí	Fecha aprox.		No	Sí	Fecha aprox.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Varicela
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Escarlatina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fiebre reumática

Evaluación de traumas

Indique si existe un historial *conocido* de abuso/experiencias adversas. Explique las respuestas afirmativas en la sección "COMENTARIOS".

No	Sí		No	Sí	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia doméstica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque/abuso físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia escolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque/abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia comunitaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia interpersonal extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida/separación traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desastre natural
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad prolongada/trauma médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidador deficiente (abuso de sustancias/enfermedad mental)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro trauma, describa:

¿Se ha denunciado el maltrato? Sí No **Si no es así, llame a CPS al 877-237-0026**

Comentarios/información adicional de salud:

Fortalezas del Menor

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

Historial de salud mental/conductual

No	Ahora	Antes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enojo intenso, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oposicionista, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asociación con malas influencias, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Búsqueda de atención extrema, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hace declaraciones falsas, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades escolares, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daños a la propiedad, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mentiras habituales, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mancha con heces, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robo, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se escapa, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acumulador, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de concentración y atención, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad excesiva/no responde a las instrucciones de seguridad, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere supervisión constante, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver u oír cosas que no están allí, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Provocar incendios, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crueldad animal, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo a los animales, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento autoagresivo/se lastima a sí mismo, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamientos agresivos, peligrosos o destructivos, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agresión sexual, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido pensamientos homicidas, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido pensamientos suicidas, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido otros problemas de salud mental o de conducta, si es así, describa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro diagnóstico de salud mental, si es así, describa

¿El niño/joven ha recibido consejería o terapia? Sí No

Si es así, ¿dónde?

¿El niño/joven ha recibido una evaluación psicológica? Sí No

Si es así, diagnóstico, ¿cuándo y dónde se hizo?

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:

CS-0727, Rev. 6/24

RDA 11016

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

¿Ha sido el niño/joven hospitalizado por problemas de salud mental/hospitalización aguda? Sí No

Si es así, diagnóstico, ¿cuándo y dónde se hizo?

--

¿Ha recibido el niño/joven/familia servicios en el hogar? Sí No

Si es así, ¿cuándo y dónde?

--

¿El niño/joven ha sido colocado previamente en un centro de tratamiento residencial? Sí No

Si es así, ¿cuándo y dónde?

--

Historial de abuso de alcohol/drogas

No	Ahora	Antes	Frecuencia	(X veces por día/semana/mes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fumar/mascar tabaco (<i>marque uno o ambos</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cigarrillos electrónicos/cigarrillos de vapor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Marihuana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Narcóticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estimulantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Metanfetamina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alucinógenos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Esteroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Inhalantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Éxtasis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Drogas callejeras, desconocidas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medicamentos recetados prescritos a otra persona, especifique:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medicamentos de venta libre, especifique:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro, especifique:

Comentarios adicionales:

--	--

¿El menor ha sido identificado como de alto riesgo? Sí No

¿Se ha completado un plan de seguridad para un niño identificado como de alto riesgo? Sí No N/A

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
-------------------	--	----------------	--	-------------------------------	--

Historial de nacimiento (para todos los menores)

Peso al nacer:		Longitud al nacer:		<input type="checkbox"/> A término o <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (<36 semanas)		semanas
¿Recibió la madre atención prenatal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mes de embarazo en la 1ra visita prenatal:				
Complicaciones del embarazo/parto:						
¿Hubo abuso prenatal de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sustancia y frecuencia:				
Hospital de parto y ubicación:						

Mujer menor

Edad en el 1er Periodo:		Fecha del último periodo:				
No. de Embarazos		No. de Nacimientos vivos		A término		Prematuro (No. de semanas)
No. de abortos involuntarios		No. de abortos		Actualmente embarazada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, fecha prevista de parto:

¿El (la) joven tiene hijos?

Sí No En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

Nombres de los Hijos del (de la) Joven	FDN	¿En custodia del DCS?	¿Masculino/ Femenino?	Raza	Nombre de la persona con quien vive el hijo y la relación	Nombre del otro progenitor del hijo	Información de contacto del otro progenitor
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				

¿El progenitor menor de edad tiene visita con su(s) hijo(s)? Sí No

En caso afirmativo, indique cualquier restricción de las visitas:

Identidad de género y sexual

¿Se identifica el niño/joven como gay, lesbiana, transexual o no binario? Sí No

Si es así, describa la respuesta

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
-------------------	--	----------------	--	-------------------------------	--

Actividad sexual

¿El menor es sexualmente activo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa anticonceptivos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Método:	
----------------------------------	---	-----------------------	---	---------	--

Violencia de pareja

¿El niño/joven ha experimentado un comportamiento controlador, abusivo o agresivo en una relación de pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, explique:	

Atención médica

¿Tiene el niño/joven un proveedor médico regular (pediatra, médico familiar, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, nombre del proveedor médico:	Fecha de la última consulta:

Vacunas

¿Las vacunas están al día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El registro de vacunación está disponible?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Exención religiosa/médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (el padre/tutor debe proporcionar una declaración notariada)		

Atención dental

¿Tiene el niño/joven un dentista habitual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño/joven usa frenos dentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, nombre del dentista:		Fecha del último examen:	
Si usa frenos, nombre del ortodontista:		Fecha del último examen:	

Vista

¿El niño/joven usa anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño/joven usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, nombre del oftalmólogo:		Fecha de la última consulta:	

Con esto concluye la Sección de Bienestar

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente.

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:
CS-0727, Rev. 6/24
RDA 11016



Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
-------------------	--	----------------	--	-------------------------------	--

Esta información no se envía al proveedor de asistencia médica

Educación y vida independiente

¿El estudiante se graduó de bachillerato?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> HISET	<input type="checkbox"/> Estudiante educado en casa
---	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	---

¿A qué escuela asiste el estudiante? (nombre, ciudad, condado)	
---	--

Edad del estudiante		Grado actual		¿El estudiante recibe servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---------------------	--	--------------	--	--	-----------------------------	-----------------------------

Si es así, indique la discapacidad	
------------------------------------	--

No	Sí	
		¿El estudiante está tomando clases de GED?
		¿El estudiante tiene un historial de ausencias a la escuela?
		¿El estudiante asiste a una escuela alternativa?
		¿El estudiante está cumpliendo una expulsión de tolerancia cero (drogas, armas y/o agresión)?
		¿El estudiante está cumpliendo una suspensión por problemas distintos a la tolerancia cero? Si es así, ¿cuál es el motivo y la duración de la suspensión?

Fortalezas del estudiante (marque las que correspondan)	Áreas que necesitan mejorar (marque las que correspondan)
<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Matemáticas
<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Lectura
<input type="checkbox"/> Deportes	<input type="checkbox"/> Deportes
<input type="checkbox"/> Asistencia a la escuela	<input type="checkbox"/> Asistencia a la escuela
<input type="checkbox"/> Otros, especifique	<input type="checkbox"/> Otros, especifique

¿Otras cosas que le gustaría compartir con respecto a la educación del estudiante?

Acciones judiciales actuales y anteriores sobre jóvenes (solo jóvenes rebeldes/delincuentes)

Información de Disposición Actual		
Juez de Disposición	Juez especial	
Tribunal de disposición actual		
Decisión de disposición actual	Fecha de disposición	
¿Ha estado o está actualmente en libertad condicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿dónde?

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:
CS-0727, Rev. 6/24
RDA 11016



Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
Abogado defensor					
Tipo de adjudicación actual				Fecha de adjudicación actual	
Cargos adjudicados - actuales y anteriores	Fecha en que ocurrió	Fecha de disposición	Disposición		
Cargos pendientes	Fecha de tribunal fijada		Fecha (en caso afirmativo)		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Violación de la libertad condicional (VOP) o violación de una orden judicial válida (VVCO) (explique si corresponde)					
Narrativa:					
Servicios legales/de libertad condicional ofrecidos previamente al menor/joven					
Fecha	Tipo		Resultado		
Seguridad (solo para jóvenes rebeldes/delincuentes)					
A) Alegaciones de maltrato o conductas rebeldes/delincuencia					
Otro (explique)					
Narrativa					
Fortalezas (señales de seguridad)					
Riesgos, necesidades y preocupaciones (las señales de riesgo incluyen comportamiento agresivo, incendio premeditado, crueldad con los animales, participación en pandillas, etc.)					

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:

CS-0727, Rev. 6/24

RDA 11016



Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
--------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------------	--

B) Violencia doméstica

Narrativa

Fortalezas (señales de seguridad)

Riesgos, necesidades y preocupaciones (las señales de riesgo incluyen comportamiento agresivo, incendio premeditado, crueldad con los animales, participación en pandillas, etc.)

Nombre del FSW

Teléfono

Dirección de la oficina

Supervisor

Teléfono

Personal de DCS/proveedor

Fecha

Acuso recibo de la Admisión Inicial, Información e Historial de Colocación y Bienestar. Además, reconozco mi obligación legal de mantener la confidencialidad de esta información e historial, y de cualquier información adicional que pueda recibir de conformidad con el Código Anotado de Tennessee §37-2-415, Ley de Derechos de los Padres de Acogida.

Padre/Madre de acogida

Fecha

Padre/Madre de acogida

Fecha

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente.

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:
CS-0727, Rev. 6/24
RDA 11016



No proporcione esta sección a los padres de acogida ni al proveedor de atención médica.

¿El niño/joven ha sido adoptado? Sí No: El niño/joven estaba bajo tutela permanente Sí No

¿Recibe asistencia de adopción o tutela permanente subsidiada? Sí No: Si respondió "sí", monto:

(Si es así, notifique inmediatamente al Especialista de Permanencia, al Consejero de Beneficios de Bienestar Infantil y al personal fiscal de la Oficina Regional y Central).

Adopción/Tutela Completada por DCS: Sí No (En caso negativo, indique el nombre de la agencia)

Fecha de remoción:		Nueva colocación:		Fecha de colocación:		Fecha de custodia legal:	
Condado de remoción:		Tipo de adjudicación:	<input type="checkbox"/> Dependiente y descuido <input type="checkbox"/> Rebelde <input type="checkbox"/> Delincuente <input type="checkbox"/> N/A				
		Breve descripción:					
Motivo de la remoción:	<input type="checkbox"/> abuso de alcohol (menor); <input type="checkbox"/> abuso de alcohol (padres); <input type="checkbox"/> incapacidad del cuidador para hacer frente a una enfermedad u otra situación; <input type="checkbox"/> discapacidad del menor; <input type="checkbox"/> abuso de drogas (menor); <input type="checkbox"/> abuso de drogas (padres); <input type="checkbox"/> vivienda inadecuada; <input type="checkbox"/> encarcelamiento de los padres; <input type="checkbox"/> procesamiento de NAS (seleccionar solo bajo instrucción del abogado de DCS); <input type="checkbox"/> abuso físico (alegado/reportado); <input type="checkbox"/> renuncia; <input type="checkbox"/> abuso sexual (alegado/reportado); <input type="checkbox"/> ausentismo						

Dirección de la remoción							
Ciudad		Condado		Estado		Código postal	
Solicitud de excepción por parentesco							
¿Fue aprobado el KER?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿por quién?					
¿El KER fue temporal o a largo plazo?	<input type="checkbox"/> temporal <input type="checkbox"/> a largo plazo						
La consulta del MSW se completó con:							

Información sobre la familia	
¿Viven ambos padres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, fecha(s) de Fallecimiento:
Ingresos del hogar para determinar la elegibilidad IV-E: (incluyendo Beneficios del SS, SSI para menores, AFDC, Cupones de Alimentos, Manutención de Menores, etc.) Si se reciben apoyos adicionales, por favor indique a nombre de quién se hace el pago/la manutención.	

Padres/cuidadores del menor/joven	
Indique el método preferido de los padres/cuidadores para recibir documentos	
Nombre de la madre biológica	Cuidador principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
Nombre de soltera		Número de Seguro Social		FDN	
Teléfono para mensajes					
Dirección				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
Empleador				Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
¿La madre biológica estaba casada cuando nació el niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se puede determinar					
¿La madre biológica ha estado casada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se puede determinar		Si es así, ¿dónde y con quién?		
¿La madre biológica se ha divorciado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se puede determinar		Si es así, ¿dónde y de quién?		
Raza de la madre biológica:					
¿Hay un padre registrado en el acta de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Se han hecho pruebas de ADN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados y dónde se realizó la prueba?		
¿Se ha identificado alguna vez a un padre legal (ya sea porque la madre estaba casada en el momento del nacimiento o porque un padre ha sido legitimado a través del tribunal)?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre legal				Cuidador principal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Seguro Social		FDN		Teléfono para mensajes	
Dirección				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
Empleador				Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
Raza del padre legal:					
Estado civil de los padres <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre del padre putativo/alegado					
Correo electrónico				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Seguro Social		FDN		Teléfono para mensajes	
Dirección				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:
CS-0727, Rev. 6/24
RDA 11016



Nombre del menor:		FDN del menor:		Identificación de la persona:	
Empleador			Dirección		
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
Raza del padre putativo/alegado:					
Nombre del cuidador <i>(si es diferente del indicado arriba)</i>				Relación	
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de Seguro Social		FDN		Teléfono para mensajes	
Dirección			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ciudad, estado, código postal				Teléfono	
Empleador			Dirección		
Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono	
Persona de contacto del niño/joven (que no sea el padre o la madre)					
Relación				Teléfono	

Hermanos del niño/joven:								En custodia
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre		No. de SS		FDN		Sexo	Raza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Consulte la página web "Formularios" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución:

CS-0727, Rev. 6/24

RDA 11016

