



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Descripción actual del menor

Nombre del menor _____ Fec. Nac. _____

FSW/Esp. en Permanencia _____ Fecha _____

Persona que llena el formulario _____ Fecha _____

1. Descripción física del menor

Altura _____ Peso _____ Color de ojos _____ Color de cabello _____

¿Qué características son únicas de este menor? _____

¿Fortalezas del menor? _____

2. Rutinas de alimentación

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

Distribución:
 CS-1033-SP, 02/15



Alergias alimentarias (tipo, síntomas, gravedad):

Horas preferidas para comer:

Desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____ Merienda _____

Alimentos preferidos

Gustos _____

Aversiones _____

Hábitos alimenticios (acaparamiento, atragantamiento, deglución, robo de comida, comer

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15



RDA 2982
Página 2

demasiado rápido/lento):

Describa los modales/comportamientos en la mesa durante la comida/merienda:

Dificultades alimenticias /problemas observados

¿Han cambiado los comportamientos en este hogar de recursos? Si es así, explique:

3. Rutinas para dormir

Hora de despertar:	Días de escuela	_____	Fines de semana	_____	Preferido	_____
Hora de dormir:	Días de escuela	_____	Fines de semana	_____	Preferido	_____

Rutina de la mañana: Difícil de despertar Sí No

¿Cuál es el estado de ánimo del menor cuando se despierta? _____

Describe la rutina matutina del menor (¿Qué hace primero después de despertarse, etc.):

Rutina para acostarse:

¿Cuál es la rutina para acostarse? (Cepillarse los dientes, bañarse, canción, lectura, oraciones, etc.)

¿Qué ropa usa para dormir? (Pijama, bata, etc.):

¿Cómo se queda dormido? (¿El menor necesita luz/oscuridad, música/silencio u objetos para quedarse dormido? ¿Preferencia por puerta abierta/cerrada? ¿Posición favorita para dormir?)

Una vez en la cama, ¿el menor se duerme fácilmente, batalla, necesita atención?

¿El menor duerme toda la noche, se despierta por la noche (con qué frecuencia/hora específica), habla dormido, tiene pesadillas, vaga?

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15

¿El menor toma una siesta durante el día?

Hora

¿Necesita luz, oscuridad, ruido, silencio?

Comentarios adicionales:

4. Habilidades de autoayuda (requiere asistencia o alguna instrucción especial)

Se viste solo:

Selecciona su propia ropa:

Higiene personal (se baña solo, se cepilla los dientes, se peina, se corta las uñas, etc.):

Se alimenta solo (utensilios usados, equipo especial):

Bebe de un vaso, taza, botella:

5. Tiempo libre/juego

¿Qué hace el menor en su tiempo libre? _____

¿El menor prefiere estar solo o con otras personas? _____

¿El menor prefiere estar al aire libre o en interiores? _____

Juguetes, libros, juegos, compañeros de juego favoritos: _____

¿Qué tipo de actividades el menor disfruta? (Deportes, clubes, lectura, escritura, etc.)

¿Qué tipo de actividades el menor evita? _____

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15

¿Cuánto tiempo ve televisión?

¿Películas/programas de TV favoritos? _____

¿Qué tipo de música el menor prefiere? _____

6. Habla/comunicación

Describa el estilo de comunicación del menor (extrovertido, reservado, uso de vocabulario/gestos, etc.):

Problemas/preocupaciones del habla: _____

Explique brevemente cómo el menor expresa sus sentimientos: _____

7. Personalidad

¿Cómo el menor se siente acerca de sí mismo? _____

¿Cuáles son los intereses, talentos especiales, pasatiempos, actividades, deportes, clubes del menor?

¿Cómo el menor maneja el estrés, la ira, la decepción, el fracaso, el dolor físico y psicológico, la felicidad, la emoción? _____

¿Qué hace feliz/infeliz al menor? ¿Qué asusta/conforta al menor? _____

¿Qué ayuda al menor a manejar el estrés? _____

¿Cómo se comporta el menor al conocer gente nueva? _____

¿Con quién el menor ha estado apegado? _____

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15



RDA 2982
Página 10

La forma en que el menor se relaciona con los adultos (pegajoso, evasivo, demasiado cariñoso, distante, etc.):

La forma en que el menor se relaciona con sus compañeros/amigos (juega bien, comparte, espacio personal, etc.):

La forma en que el menor se relaciona con los animales (le gustan/no le gustan, comportamiento dañino, etc.):

8. Funcionamiento en una familia

¿Qué tradiciones culturales/familiares son importantes para el menor? _____

¿El menor se ha ajustado al hogar de recursos actual? _____

¿Cómo el menor responde a la rutina, las reglas, los quehaceres y las expectativas del hogar?

¿Cuál ha sido el método de disciplina? _____

¿Con qué frecuencia es necesario (diaria, semanal, quincenal, mensualmente)?

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15

¿Cómo responde el menor a los toques, abrazos, besos, expresiones de afecto? _____

¿El menor inicia gestos de afecto? Describa cómo (tipo, frecuencia, circunstancias): _____

¿El menor necesita/busca mucha aprobación/afirmación de sentimientos? Describa: _____

9. Autocontrol/Áreas antisociales:

¿El menor moja la cama o se ensucia (encopresis/enuresis)? Frecuencia/situacional: _____

¿El niño actúa sexualmente o se masturba? _____

¿Cómo el menor considera las pertenencias personales y las pertenencias de otras personas?
(Destrucción de bienes/negativa a compartir, etc.):

10. Sexo

¿Qué información el menor ha recibido sobre el sexo? _____

¿El menor habla sobre sexo? ¿Dice cosas apropiadas para la edad, inquisitivas, inapropiadas?

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15



¿Ha habido experimentación sexual? _____

11. Miedos

¿A qué cosas/situaciones específicas le tiene miedo el menor? _____

¿Cómo el menor maneja estos miedos? (Describa habilidades de afrontamiento positivas/negativas, llanto, evitación, etc.):

12. Experiencia escolar

¿A qué escuelas o clases especiales ha asistido el menor? _____

¿Cuál es el grado actual del menor? _____

¿El menor está en el grado que le corresponde? Explique: _____

Calificaciones académicas (enumere de mayor a menor calificación y proporcione el nombre del curso):

¿Cómo el menor interactúa con/considera las figuras de autoridad en el entorno escolar?

¿El menor ha tenido algún problema en la escuela? Sí No. En caso afirmativo, ¿cómo se han resuelto?

¿Es probable que el menor se gradúe de una *high school* regular? _____

¿Es probable que el menor asista a la universidad, escuela vocacional, técnica u otra escuela?

*****Proporcione una copia de las boletas de calificaciones, el trabajo escolar y cualquier reconocimiento especial.*****

13. Viajes

¿El menor alguna vez ha viajado en automóvil, autobús, tren o avión? Describa la reacción del menor al viajar:

¿El menor está acostumbrado a ir a la tienda, iglesia, a visitar? ¿Cómo el menor se comporta en público?

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15

14. Salud

Alergias (tipo, síntomas, gravedad): _____

¿Con qué frecuencia el menor se enferma? Especifique las enfermedades: _____

¿Qué enfermedades infantiles ha tenido el menor? _____

¿Qué vacunas el menor ha recibido? ¿Están al día? _____

¿Cómo el menor reacciona a los médicos y enfermeros? _____

¿El menor toma algún medicamento regularmente? Sí No

Especifique el medicamento, la dosis y la afección médica, así como el nombre del médico que receta y la clínica, hospital o centro de salud mental donde se evaluó al menor:

¿El menor ha tenido alguna hospitalización o cirugía? _____

Si es así, ¿cuándo, dónde y para qué condición? _____

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

Distribución:
CS-1033-SP, 02/15