



**Visita de monitoreo de hogar de cuidado de crianza**  
**Foster Home Monitoring Visit**

INFORMACIÓN DEL HOGAR					
NOMBRE DEL PROVEEDOR			NÚMERO DE PROVEEDOR		
NOMBRE DEL LICENCIADOR		LICENCIA PARA EDADES DESDE		LICENCIA PARA EDADES HASTA	
FECHA DE LA VISITA		LICENCIA PARA NÚMERO DE MENORES		NÚMERO DE MENORES COLOCADOS	
REVISIÓN DEL HOGAR					
LISTA DE VERIFICACIÓN			SÍ	NO	NA
<a href="#">WAC 110-148-1375</a> Primeros auxilios y RCP vigente (ambos cuidadores)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1440</a> Sanidad del hogar			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1440</a> Peligros (especificar abajo)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1450</a> Protecciones para niños apropiadas a la edad			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1460</a> y <a href="#">1465</a> Precauciones de seguridad contra incendios			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1470</a> y <a href="#">1475</a> Arreglos para dormir			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1485</a> Alcohol y marihuana fuera del alcance de los menores			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1500</a> Armas de fuego bajo llave			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">WAC 110-148-1565</a> Medicamentos bajo llave			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revaluación de sueño seguro ( <a href="#">recurso</a> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuerdo de cumplimiento necesario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si hay peligros presentes, descríbalos:					
Plan de supervisión para condiciones específicas del sitio (DCYF 10-419): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
MIEMBROS DEL HOGAR DE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS					
NOMBRE	ROL	FECHA DE NACIMIENTO	HOGAR O INMUEBLE	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	
				SÍ	NO
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ENTREVISTA CON PADRE O MADRE DE CUIDADO DE CRIANZA**

NOMBRE

¿Cuántos menores hay colocados actualmente con usted, y cuáles son sus edades?

¿Cómo están las cosas con los menores colocados?

¿Hay un plan de supervisión y seguridad del menor, DCYF 15-352, para alguno de los menores en su hogar?

Sí  No

Si contestó que sí, ¿cuáles menores?

¿Cómo apoya los vínculos o las relaciones del menor con sus hermanos biológicos, su familia biológica u otros vínculos permanentes?

¿Cómo satisface las necesidades de autocuidado y relevo de su familia? ¿Conoce grupos de apoyo para padres de cuidado de crianza? ¿Qué tal está cumpliendo con sus requisitos de capacitación durante el servicio?

¿Le interesa hacer cambios en su capacidad?

¿Tiene alguna pregunta o hay algo con lo que pueda ayudarle?

**NOTAS ADICIONALES**

**OBSERVACIÓN DEL MENOR NO VERBAL EN COLOCACIÓN**

Sí  No

NOMBRE DEL MENOR

EDAD DEL MENOR

TRABAJADOR ASIGNADO

Descripción de las necesidades del menor de acuerdo con el padre o la madre de cuidado de crianza (si corresponde):

Describe el aspecto y las actividades del menor durante la observación:

Describe las interacciones entre el padre o la madre de acogida temporal y el menor:

**NOTAS ADICIONALES**

**ENTREVISTA CON MENOR EN COLOCACIÓN** Sí  No

NOMBRE DEL MENOR

EDAD DEL MENOR

TRABAJADOR ASIGNADO

**Hogar\*:**

¿Quiénes viven en el hogar y en el inmueble?

Cuéntame, ¿cómo es vivir aquí?

¿Cómo son tus relaciones con los otros menores en el hogar?

¿Cuáles son algunas actividades o cosas que haces aquí?

**Seguridad\*:**

¿Hay cosas que te hagan sentir seguro o inseguro al vivir aquí?

¿Hay alguien a quien puedas acudir si necesitas ayuda?

Si otro menor viniera a vivir aquí, ¿qué le dirías sobre el hogar?

Si ocurriera una emergencia, ¿cómo saldrías de la casa?

**Reglas del hogar / Disciplina\*:**

¿Tienes labores domésticas u otras cosas de las que seas responsable?

¿Hay reglas en el hogar? ¿Cuáles son?\*

Si alguien rompe las reglas, ¿qué ocurre?\*

**Alimentos\*:**

Háblame sobre los alimentos de aquí (¿hay reglas sobre alimentos o bocadillos?)\*

**NOTAS ADICIONALES****FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA**

FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA

FECHA

NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA