|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Informe de tiempo familiar** | | Monitoreado  Supervisado  Solo transporte | | |
| NOMBRE DEL CASO | | NÚMERO DE CASO | | | |
| FECHA DEL TIEMPO EN FAMILIA/VISITA DE HERMANOS | | HORA DEL TIEMPO EN FAMILIA  DE:  AM  PM A:  AM  PM | | | |
| PERSONAL DEL DCYF ASIGNADO | | OFICINA | | | |
| NOMBRE DE LA AGENCIA | | LUGAR DEL TIEMPO EN FAMILIA/VISITA DE HERMANOS | | | |
| **Participantes en el tiempo en familia** | | | | | |
| NOMBRES Y QUIÉNES SON: HIJO, PADRE/MADRE,  FAMILIAR, PADRE/MADRE DE CUIDADO DE CRIANZA O PROVEEDOR | | NOMBRES Y QUIÉNES SON: HIJO, PADRE/MADRE,  FAMILIAR, PADRE/MADRE DE CUIDADO DE CRIANZA O PROVEEDOR | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **Describa la interacción y las acciones entre padre/madre e hijo utilizando lenguaje conductual específico: El hijo / padre o madre hizo / dijo lo siguiente. . . El padre o madre / hijo respondió...** | | | | | |
| **El padre o la madre llegó puntual al tiempo en familia** | | | | Sí | No |
| **Los hijos llegaron puntuales al tiempo en familia** | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre estuvo presente durante todo el tiempo en familia** | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre está preparado para satisfacer las necesidades del hijo**  (alimentos, suministros para el cuidado del menor, objetos para actividades) | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre satisfizo las necesidades del hijo**  (capaz de entender indicaciones, responder a necesidades y confortar al menor si es necesario) | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre jugó con el hijo**  (realizó artes y manualidades, leyó historias, cantó canciones, ayudó con tareas escolares, etc.) | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre puso límites al hijo y manejó el comportamiento del hijo**  (redireccionó, fomentó comportamientos positivos) | | | | Sí | No |
| **El padre o la madre ayudó al hijo a despedirse al final del tiempo en familia**  (limpieza, desarrollo de una rutina) | | | | Sí | No |
| **El lugar de la visita (en el hogar o la comunidad) estuvo libre de riesgos para la seguridad del hijo**  (protecciones para niños, sin personas no autorizadas) | | | | Sí | No |
| **El supervisor tuvo que intervenir para mantener la seguridad del hijo**  Si contestó que sí, describa el problema de seguridad y cómo intervino el supervisor | | | | Sí | No |
| **Describa todos los incidentes que ocurrieron** | | | | Sí | No |
| **Llene el informe de incidentes inusuales y notifique al personal del DCYF asignado.** | | | | | |
| COMENTARIOS ADICIONALES | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL TIEMPO EN FAMILIA/VISITA DE HERMANOS | | | | FECHA | |
| NOMBRE DEL TRANSPORTADOR | | | | FECHA | |