



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: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM A: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Los hijos llegaron puntuales al tiempo en familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El padre o la madre estuvo presente durante todo el tiempo en familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El padre o la madre está preparado para satisfacer las necesidades del hijo (alimentos, suministros para el cuidado del menor, objetos para actividades)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El padre o la madre jugó con el hijo (realizó artes y manualidades, leyó historias, cantó canciones, ayudó con tareas escolares, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El padre o la madre puso límites al hijo y manejó el comportamiento del hijo (redireccionó, fomentó comportamientos positivos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El padre o la madre ayudó al hijo a despedirse al final del tiempo en familia (limpieza, desarrollo de una rutina)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Describa todos los incidentes que ocurrieron	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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