



# Channel Islands Social Services

900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012

Telefono (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## Forma de Preferencia Familiar

CISS cree en conectar a familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro calificado para permitir el más alto grado de compabilidad y suceso para el programa de respiro en casa. Por favor complete la siguiente información, que solo será compartida con empleados de CISS, que son requeridos a mantener toda la información confidencial de acuerdo con las practicas relacionadas a la ley de HIPPA.

**Ponga una Foto Reciente**  
De su hijo/a  
O envíe a  
[Sharon@IslandSocialServices.org](mailto:Sharon@IslandSocialServices.org)

### A. Información de Contacto

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso Actual \_\_\_\_ lbs.

Horas de Respiro Autorizadas: \_\_\_\_ hrs. /mes.

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

Teléfono-Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Primario?

Teléfono-Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Primario?

Teléfono- Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Primario?

Nombres/Edades de Hermanos/as: \_\_\_\_\_ # de hermanos/as con el centro regional?: \_\_\_\_\_

Dirección de Hogar: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente): \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
(Las direcciones de correo electrónico son confidenciales y solo usados para comunicación infrecuente de la agencia tales como el Boletín y Eventos Comunitarios)

**B. Calendario de Respiro General:** (marque uno)  Horas son consistentes  Horas varían  Puedo usar \_\_\_\_ x Semana

Por favor marque en cada día de la semana las horas en las que generalmente va a pedir horas de respiro: #

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A							
M							
P							
M							

Va a necesitar alguna ayuda toda la noche?  Si  No  Es posible, cuando conozcamos alguien de confianza

Va a ver otros niños en la casa durante el cuidado de respiro?  No  Si, # \_\_\_\_\_  Es posible

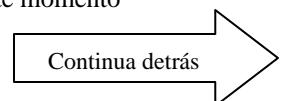
*Nota: El Centro Regional ha autorizado a Channel Islands Social Services a proveer servicios de cuidado de respiro para su hijo/a con discapacidad. Los padres son responsables para toda la supervisión y/o arreglos de pago para el cuidado de sus otros hijos/as durante el cuidado de respiro.*

### C. Preferencias para la Persona que va a dar Cuidado:

Por favor marque una o ambas opciones abajo que aplican a su familia:

Estoy refiriendo \_\_\_\_\_ para ser empleado en este momento  
(Nombres de los Trabajadores de Respiro)

Preferimos ayuda en reclutar a alguien para entrevistar



**C. Preferencias Cont...**

Lenguaje principal que prefiere hablar en casa: \_\_\_\_\_

La familia prefiere recibir cuidado de:  Cualquier persona que conoce  Solo Mujer  Solo Hombre

**D. Ambiente en el Hogar:** Por favor identifique los siguientes factores que también han sido identificados como importantes en hacer una buena conexión y proteger la salud de nuestros trabajadores: (Marque todos los que aplican)

Alguien en su familia fuma dentro de la casa?  Si  No  Afuera solamente

Tiene animales domésticos?  Si  No Si tiene, cuantos y de que tipo? \_\_\_\_\_

**E. Descripción General de Respiro (opcional):** Por favor describa brevemente lo que típicamente hace durante las horas de respiro (A donde va? Que hace? Cuantas horas usa al mismo tiempo?):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F. Expectativas del Trabajador:** Describa brevemente lo que espera que su Trabajador de Respiro va hacer cuando este proveyendo cuidado (Jugar con su hijo/a? Hacer la tarea? Ir al parque? Continuar un plan de comportamiento? Bañar o cambiar pañales? Dispensar medicamento después de ser entrenado por el padre?) Puede agregar otra hoja si es necesario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G. Gustos/Disgustos de su Hijo/a:** Describa lo que quiere que su Trabajador de Respiro sepa sobre los gustos y disgustos de su hijo/a, la necesidad de mantener una rutina, necesidades sensoriales, amigos de la escuela/vecindad, comida/películas, etc...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**H. Alergias:** Por favor describa cualquier tipo de alergia que su hijo/a tiene: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Diagnósis:** Identifique las condiciones de las cuales su hija/a tiene un diagnóstico. CISS quiere estar seguro de que hagamos una conexión entre la familia y trabajador que se sienten confortables y/o tienen experiencia dando apoyo a las necesidades específicas de su hijo/a. La familia es en última estancia responsable en entrenar al trabajador en las necesidades específicas de su hijo/a.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental – Leve a Moderado   | <input type="checkbox"/> Autismo                         | <input type="checkbox"/> No-Ambulante (silla de ruedas/andador) |
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental - Moderado a Severo   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger’s          | <input type="checkbox"/> Incontinencia (no usa pañales)         |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento – Leve a Moderado   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                | <input type="checkbox"/> Incontinencia (usa pañales)            |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento- Moderado a Severo  | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral              | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Dieta Especial               |
| <input type="checkbox"/> No-Verbal  | <input type="checkbox"/> Convulsiones (leve/infrecuente) | <input type="checkbox"/> Prader Willi                           |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Leve (medicamento solamente)   | <input type="checkbox"/> Convulsiones (frecuente)        | <input type="checkbox"/> PICA (come objetos no comestibles)     |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Moderado (cambiar gases y medicina)  | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett                | <input type="checkbox"/> Impedimento de Audición/Sordo          |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Severo (Cuidado de tubo de nutrición y/o inyecciones de insulina – puede requerir enfermera) | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ciego        |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |  |   |

**Acto de Información, Portabilidad y Contabilidad de Salud (HIPAA) y Autorización de Servicios de Emergencia**

Al firmar este documento, estoy de acuerdo en dar la siguiente información a Channel Islands Social Services (CISS) y sus empleados para el solo propósito de asegurar la calidad de provisión de cuidado de respiro, que incluye el reclutamiento del trabajador y poner al corriente el archivo interno y confidencial de mi familia. También autorizo a CISS ha aprobar cuidado medico de emergencia y asistencia de vida que ha sido juzgado como necesario por un profesional medico de emergencia para mi hijo/a en el evento de que cuando este proveyendo cuidado no se pueden comunicar conmigo por teléfono o en persona. También comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Adicionalmente, tal autorización se dará como revocada inmediatamente al recibir en escrito la cancelación de servicios por mi o la agencia que da fondos a los servicios de CISS.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Y Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Por favor regrese esta forma a nuestra oficina en el sobre incluido. Gracias!*