

**CONSEJO DE NIÑOS Y FAMILIAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK (CCF)**  
**Formulario de admisión para la Resolución Interinstitucional**  
 (Llénelo de la manera más completa posible. Las secciones con (\*) son obligatorias).

La Unidad de Resolución Interinstitucional (Interagency Resolution Unit) ayuda a los niños/jóvenes y a sus familias a recibir los servicios residenciales o comunitarios más apropiados. Se puede solicitar ayuda mediante remisión propia, padres/cuidadores, distritos escolares, departamentos locales de servicios sociales, hospitales, agencias estatales u otras organizaciones y defensores.

Información de contacto (*)			
Nombre de la persona que hace la remisión:	<input type="text"/>		
Relación con el niño/joven:	<input type="text"/>	Organización (si corresponde):	<input type="text"/>
Fecha de la remisión:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
		Correo electrónico:	<input type="text"/>

Información de la remisión (*)	
Motivo de la remisión:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Barreras para el servicio/la colocación:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Información del niño/joven (*)			
Nombre:	<input type="text"/>	Apellido:	<input type="text"/>
		Identidad de género:	Seleccione...
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo en el certificado de nacimiento:	<input type="text"/>
		Especifique:	
<b>Raza: (*) (Seleccione solo una)</b>			
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial	Asiático:	Seleccione...
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	Isléño del Pacífico:	Seleccione...
<b>Origen étnico: (*)</b>			
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No hispano		
<b>Idioma: (*)</b>			
<input type="checkbox"/> Habla inglés con fluidez			
Idioma principal:	Seleccione...	Otro, especifique:	<input type="text"/>
		Medio de comunicación:	<input type="text"/>
<b>Dirección legal del menor/joven (*)</b>			
Calle:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	NY	Código postal:	<input type="text"/>
		Condado:	Seleccione...

Colocación al momento de la remisión (*)		
<input type="checkbox"/> Vive con los padres	<input type="checkbox"/> Vive con un familiar	<input type="checkbox"/> Vive solo
<input type="checkbox"/> Crianza temporal	<input type="checkbox"/> Residencia en caso de crisis	<input type="checkbox"/> Vive en un refugio/cuidado de relevo
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia	<input type="checkbox"/> Centro de detención para menores
<input type="checkbox"/> Colocación residencial (Especificar)		
Nombre del contacto de la colocación:	<input type="text"/>	Número de contacto:
		<input type="text"/>

Información del padre/madre/cuidador (*)			
Nombre: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre: <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Teléfono: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Teléfono: <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Correo electrónico: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Correo electrónico: <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Dirección: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Dirección: <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Ciudad: <input style="width: 20%;" type="text"/> Estado: <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text" value="NY"/> Código postal: <input style="width: 20%;" type="text"/>	Ciudad: <input style="width: 20%;" type="text"/> Estado: <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text" value="NY"/> Código postal: <input style="width: 20%;" type="text"/>		

Fortalezas
Menor: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Familia/cuidador: <input style="width: 90%;" type="text"/>

Condiciones médicas y salud conductual
<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>

Necesidades de cuidado (*)			Otra información (*)
Trastorno emocional/conductual	Trauma	Necesidades de desarrollo	Funcionamiento intelectual (IQ)
<p>Depresión: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Ansiedad: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>PTSD: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Conducta impulsiva/hiperactiva: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Psicosis: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Conducta agresiva/violenta: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Consumo de sustancias: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Dificultades de apego: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Conducta suicida: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Ideación homicida: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Destrucción de la propiedad: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Absentismo escolar: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Trastorno desafiante/oposicionista: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Maltrato de animales: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Conducta sexual inapropiada: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Otro, especifique: <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>Abuso sexual Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Abuso físico Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Negligencia Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Abuso emocional Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Testigo de violencia familiar Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Testigo de violencia comunitaria Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Pérdida de cuidadores/apego al cuidador Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Otro, especifique: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <hr/> <p><b>Problemas psicosociales/ del entorno</b></p> <p>Problemas-Apoyo principal Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Problemas-Entorno social Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Problemas-Atención médica Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Problemas-Educación Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Problemas-Vivienda Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Problemas-Economía Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Otro, especifique: <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>Autismo Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Parálisis cerebral Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Cognitivo Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Competencias para la vida diaria Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Discapacidad del desarrollo Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Habla/lenguaje Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Motricidad fina Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Movilidad motora gruesa Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>PICA Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Cuidado personal Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Autodirección Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Sensorial Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Competencias sociales Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Lesión cerebral traumática Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Muy superior (130+)</p> <p><input type="checkbox"/> Superior (120-129)</p> <p><input type="checkbox"/> Promedio alto (110-119)</p> <p><input type="checkbox"/> Promedio (90-109)</p> <p><input type="checkbox"/> Promedio bajo (80-89)</p> <p><input type="checkbox"/> Límite (70-79)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual leve (55-69)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual moderada (40-54)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual grave (25-39)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual severa (debajo de 25)</p> <hr/> <p><b>Cuidado especial/médico</b></p> <p>Tecnología asistencial Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Enfermería Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Administración de medicamentos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Audición Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Visión Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Diabetes Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Convulsiones Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>Otro, especifique: <input style="width: 90%;" type="text"/></p>

Otra información (continuación)			
Alertas de alto riesgo	Participación de los CPS	Custodia legal del niño/joven	Estado legal del niño/joven
Agresiones a sí mismo Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	CPS vigentes Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Padre/madre biológicos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	PINS Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Peligro para los demás Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Padres/madres adoptivos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Desviación de PINS Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Agresión sexual Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Abuelo/abuela Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Libertad condicional Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Riesgo de fugarse Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Padre/madre/tutor legal Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Delincuente menor de edad Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Comportamientos delictivos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		DSS local Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Infractor menor de edad Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Provocación de incendios Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Menor emancipado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tribunales de familia Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Médicos Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Otro, especifique: <input type="text"/>	Cargos pendientes, especifique: <input type="text"/>
Trata de personas Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Delincuente adolescente Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Educación (*)		
Distrito escolar: <input type="text"/> Seleccione...	Nombre de la escuela: <input type="text"/>	
Clasificación del Comité de Educación Especial	Tipo de diploma esperado	Colocación de educación actual
<input type="checkbox"/> Sin clasificación <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Ceguera y sordera <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad ortopédica  <input type="checkbox"/> Otra discapacidad <input type="checkbox"/> Discapacidad emocional <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla o del lenguaje <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (incluyendo ceguera) <input type="checkbox"/> Múltiples discapacidades <input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Evaluación alternativa de NYS <input type="checkbox"/> Diploma Regents <input type="checkbox"/> Escuela secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Credencial de competencias y logros <input type="checkbox"/> Diploma local <input type="checkbox"/> Estudios de desarrollo vocacional y ocupacional	<input type="checkbox"/> Educación general <input type="checkbox"/> Clase integrada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> BOCES <input type="checkbox"/> Escuela Diurna 853 <input type="checkbox"/> Tratamiento diurno  <input type="checkbox"/> Escuela Residencial 853 <input type="checkbox"/> Formación profesional <input type="checkbox"/> Proyecto Residencial para Menores (CRP) <input type="checkbox"/> Programa GED <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Instrucción a domicilio/tutoría <input type="checkbox"/> Otro, especifique: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Plan 504		
Contacto de la escuela		
Nombre: <input type="text"/>		
Teléfono: <input type="text"/> Correo electrónico: <input type="text"/>		

Servicios vigentes: (*)			
OPWDD	OMH	OCFS	OASAS
<input type="checkbox"/> Servicios de apoyo familiar <input type="checkbox"/> Autodirección <input type="checkbox"/> Exención de los HCBS <input type="checkbox"/> Health Homes-CCO <input type="checkbox"/> CSIDD (Servicios para personas en crisis con discapacidades intelectuales o de desarrollo) <input type="checkbox"/> Servicios de relevo <input type="checkbox"/> Competencia en la comunidad <input type="checkbox"/> Programa residencial para menores <input type="checkbox"/> Entorno de cuidado familiar <input type="checkbox"/> IRA (Residencias alternativas individuales) <input type="checkbox"/> Centro de atención intermedia <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada <input type="checkbox"/> Clínica que ejecuta el artículo 16 <input type="checkbox"/> Centro de Recursos <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Clínica para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Clínica en la escuela <input type="checkbox"/> Clínica de cuidado intensivo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Tratamiento diurno <input type="checkbox"/> CPEP (Programa Integral de Emergencia Psiquiátrica) <input type="checkbox"/> Servicio móvil en caso de crisis <input type="checkbox"/> CFTSS (Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias) <input type="checkbox"/> Residencia en caso de crisis <input type="checkbox"/> Residencia comunitaria <input type="checkbox"/> RTF (Centro Residencial de Tratamiento) <input type="checkbox"/> Servicios para pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Servicios de prevención <input type="checkbox"/> Casa grupal <input type="checkbox"/> Centro de crianza temporal <input type="checkbox"/> Centro de detención para menores con seguridad <input type="checkbox"/> Centro de detención para menores sin seguridad <input type="checkbox"/> Centro de detención para menores con seguridad limitada <input type="checkbox"/> Programa de Tratamiento Residencial Calificado <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial <input type="checkbox"/> Empoderamiento <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Clínica que ejecuta el artículo 32 <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de adicciones <input type="checkbox"/> Otro <hr/> <p style="text-align: center;"><b>DOH</b></p> <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Atención médica de especialidad <input type="checkbox"/> Servicios para pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> Health Home (HHCM) <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>

Proveedores actuales (*)			
Nombre del contacto 1:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Nombre del contacto 2:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Nombre del contacto 3:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Nombre del contacto 4:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Nombre del contacto 5:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Nombre del contacto 6:	<input type="text"/>	Agencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>