

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

Condado n.º: _____ Caso n.º: _____

Trabajador asignado: _____ Supervisor: _____

I. HOGAR/COMPOSICIÓN FAMILIAR/INFORMACIÓN SOBRE LA RESOLUCIÓN DE CASOS INDIVIDUALES

a. Nombre completo/apodo del niño	b. NÚMERO DE SIS (11 dígitos)	c. Fecha de nacimiento del niño	d. Raza del niño	e. Origen étnico del niño	f. Sexo del niño	g. ¿Forma parte de una tribu reconocida a nivel federal? En caso afirmativo, ¿de qué tribu?	h. Escuela/gra do del niño	i. Idioma principal del niño	j. Estado del niño	k. Número de Seguro Social
1.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
2.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
3.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
4.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
5.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
6.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	
7.					<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

1. Nombre completo/apodo del adulto	m. Relación con los niños	n. Fecha de nacimiento del adulto	o. Raza del adulto	p. Origen étnico del adulto	q. Sexo del adulto	r. ¿Forma parte de una tribu reconocida a nivel federal? En caso afirmativo, ¿de qué tribu?	s. Empleador/afiliación militar del adulto	t. Idioma principal del adulto	u. ¿Es el progenitor con custodia?	v. Número de Seguro Social
1.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

1. Dirección física del hogar: _____

2. Dirección postal del hogar (si es diferente de la dirección física): _____

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

3. Números de contacto: _____

4. Otra información: _____

PROGENITORES NO RESIDENTES Y CUIDADORES

w. Nombre completo/apodo del adulto	x. Relación con los niños	y. Fecha de nacimiento del adulto	z. Raza del adulto	aa. Origen étnico del adulto	bb. Sexo del adulto	cc. ¿Forma parte de una tribu reconocida a nivel federal? En caso afirmativo, ¿de qué tribu?	dd. Empleador/afiliació n militar del adulto	ee. Idioma principal del adulto	ff. ¿Es el progenitor con custodia?	gg. Número de Seguro Social
1.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre de: <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tribu: _____	Afiliación militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, identificar la fuerza: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

1. Dirección física del hogar: _____

2. Dirección postal del hogar (si es diferente de la dirección física): _____

3. Números de contacto: _____

4. Otra información: _____

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

II. INFORMACIÓN DEL CASO

1. Fecha del informe original: _____
2. Fecha de inicio: _____
3. Trabajador que tiene el primer contacto con la familia (si es diferente del trabajador asignado): _____
4. ¿Este informe es una ayuda para otro condado? SÍ NO En caso afirmativo, ¿para qué condado? _____
5. Nuevo informe sobre esta evaluación abierta: SÍ NO N/C Explicar: _____

6. Si se cambia el método de respuesta, es necesario hacer una consulta con un supervisor.
Fecha: _____ Justificación: _____
7. Verificación previa de antecedentes de CPS (para todos los miembros del hogar)
 - a. Se revisó el registro de los CPS de la agencia del condado anterior:
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA
 - b. Se verificó el Registro Central:
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA
 - c. Se determinó una justificación, se necesitaron servicios o se presentan antecedentes importantes actuales
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA

Si se determina que cualquier miembro del hogar presenta antecedentes de CPS, describa esos antecedentes y las observaciones asociadas:
8. Verificación de otros sistemas/otros servicios de agencias abiertas del condado: identifique el sistema y los hallazgos:

III. ANTECEDENTES CIVILES/PENALES

(Especificar/adjuntar información **pertinente**. Verificaciones que se deben realizar a todos los miembros del hogar, a menos que se indique lo contrario).

1. [NCGS 50B](#) La orden se encuentra vigente en la actualidad según la Oficina Administrativa de las Cortes (AOC):
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA
2. Se verificó el Sistema de Procesamiento de Casos Civiles:
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA
3. Se verificaron los antecedentes penales de todas las personas mayores de **16 años de edad** que viven en el hogar según el ACIS:
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA
4. Se revisó el registro de respuestas al 911:
 SÍ NO INFORMACIÓN REGISTRADA

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

IV. ESFUERZOS DILIGENTES PARA INICIAR EL CASO

Documente minuciosamente todos los intentos de iniciar y entablar contacto con la familia.

a. Fecha	b. Hora	c. Tipo de contacto	d. Persona contactada/relación	e. Resultados del intento de

V. INICIO DE LOS CPS

Acusaciones:

Las respuestas a las siguientes preguntas deben estar respaldadas por la descripción, es decir, la descripción del inicio debe incluir información detallada de las preguntas 1 a 7 (a quién se le proporcionó el folleto del MRS, datos de la interacción y datos de las entrevistas con niños y progenitores).

1. ¿Se analizaron las acusaciones durante el primer contacto? SÍ NO En caso negativo, explicar:
2. Si no se contactó al progenitor/cuidador antes del inicio, explicar.
3. ¿Se observó y entrevistó a todos los niños por separado en el plazo de la respuesta para el inicio?
 SÍ NO En caso negativo, explicar:
4. ¿Se observó y entrevistó a los progenitores de los niños el mismo día que a los niños? SÍ NO
5. ¿Se realizó una visita domiciliaria el mismo día que se entrevistó a los niños identificados como víctimas?
 SÍ NO

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

Si la respuesta a las preguntas 3. a 5. es NO, es necesario realizar una consulta con un supervisor y se la debe documentar.

6. Se explicó en su totalidad el proceso de revisión judicial (RIL)/el MRS/los CPS a la familia y se proporcionó el folleto del MRS: SÍ NO
7. Se explicaron las posibles conclusiones de la resolución del caso a la familia: SÍ NO

8. DESCRIPCIÓN DEL INICIO

Asegúrese de analizar con la familia la naturaleza de **TODAS** las acusaciones en este primer contacto.

9. En el informe se indica que el niño presenta lesiones, marcas, moretones, es una posible víctima de abuso sexual u otros (explicar): _____ N/C
- a. El evaluador realizó el inventario/la observación corporal: _____
- b. El niño presenta marcas, moretones, ronchas, cicatrices viejas, etc.: _____
- c. Fotografías tomadas: _____
- d. Referido para CME o CFE o se requiere tratamiento médico: _____
- e. Se notificó a LE/DA si corresponde: _____
10. El niño no se comunica verbalmente SÍ NO (explicar las observaciones del niño y su interacción con la familia si no hay comunicación verbal): _____
11. El progenitor/cuidador/proveedor de seguridad temporal recibió una copia de la evaluación de seguridad inicial: SÍ NO (si la respuesta es "NO", explicar): _____

VI. SEEMAPS

(Social, Economic, Environmental, Mental health, Activities of daily living, Physical health y Summary of strengths: actividades sociales, situación económica, cuestiones ambientales, necesidades de salud mental, actividades de la vida cotidiana, necesidades de salud física y resumen de fortalezas) Haga preguntas sobre la familia, que no necesariamente estén relacionadas con las acusaciones, para evaluar las fortalezas y necesidades de la familia, incluidos los posibles antecedentes de violencia doméstica, abuso de sustancias, métodos disciplinarios utilizados, etc.

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

VII. CONTACTOS CON FAMILIARES

1. Tabla completa. Pregunte a los familiares los nombres de las personas que podrían tener conocimiento sobre las acusaciones y otros aspectos de la familia.

<u>Nombre</u>	<u>Información de contacto</u>	<u>Tipo de familiar (referido de los CPS, determinado/exigido por el SW, proporcionado por los padres)</u>

2. Se contactó a otras agencias de servicio social/bienestar infantil para obtener información sobre los miembros del hogar que han residido en otro lugar dentro de Carolina del Norte o fuera de Carolina del Norte: SÍ NO N/C

En caso afirmativo, identificar la agencia e incluir la información de contacto: _____

3. ¿Se contactó al reportero durante la Evaluación de los CPS? SÍ NO

En caso negativo, explicar: _____

En caso afirmativo, documentar en la sección Actividades y contactos de los casos en curso, IX.

VIII. MÉDICO/BIENESTAR DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Esta información está destinada a los siguientes miembros de la familia: _____ Repita la página según sea necesario para otros miembros de la familia.

- ¿Cuándo fue visto el niño por última vez por un proveedor médico por cualquier motivo, incluidas visitas a la sala de emergencias u hospitalización? _____
¿Por qué motivo? _____
- Proveedor médico primario:
Información de contacto:
Fecha de la última cita:
- Nombre del dentista:
Información de contacto:
Fecha de la última cita:
- Nombre del terapeuta/psiquiatra: N/C
Información de contacto:
Fecha de la última cita:
- Nombre del especialista: N/C
Información de contacto:
- Lugar de nacimiento (ciudad, estado, hospital):
¿Tuvo algún problema al nacer? N/C

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

7. ¿El niño presenta alguna alergia (a alimentos, medicamentos, animales, etc.)? SÍ NO En caso afirmativo, identificar la alergia y describir la reacción.
8. Nombre y uso del medicamento (incluir información de dosificación, dispensación y renovación de receta): N/C
9. Esquema de vacunación de los niños: al día otro:
10. ¿Cómo le va al niño en general con la alimentación, la ingesta de bebidas, el sueño y con otros aspectos?
11. Estado de la familia en relación con el seguro de salud: Medicaid Health Choice Privado Ninguno
12. Explique cualquier problema médico de los miembros de la familia: N/C
13. Explique cualquier problema de salud mental o consumo de sustancias de los miembros de la familia: N/C
14. Explique cualquier problema/desafío educativo que enfrentan los miembros de la familia: N/C
15. Explique la necesidad de referir a cualquier niño de la familia menor de 3 años a la CDSA en los casos en los que el trabajador social haya determinado la necesidad de un referido o en los casos en los que el ítem S6 de la Evaluación de fortalezas y necesidades familiares se haya calificado con “1” o “3” (necesidad) Q describa cualquier servicio en curso: N/C

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

16. Se realizó una visita domiciliaria de todo el hogar y cualquier estructura externa a la que los niños puedan tener acceso: SÍ NO En caso negativo, explicar:

17. Analice los factores ambientales/de seguridad.

- i. Se analizaron con la familia las medidas de seguridad al dormir para bebés (para obtener más información, consulte [Medidas de seguridad al dormir](#)): SÍ NO N/C
- ii. Se analizó el plan de seguridad contra incendios con la familia: SÍ NO
- iii. Se verificó el funcionamiento de los detectores de humo en el hogar: SÍ NO
- iv. ¿Hay armas de fuego en la casa o en la propiedad? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿las armas de fuego están guardadas en un lugar seguro (según lo dispuesto en [GS 14-315.1](#))?: SÍ NO Explicar: N/C

Como resultado de la información mencionada anteriormente, este trabajador adoptó/necesita adoptar la siguiente medida:

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

IX. ACTIVIDADES Y CONTACTOS DE CASOS EN CURSO

Repita según sea necesario para todas las actividades, incluidos los referidos, las reuniones y los contactos a lo largo de la Evaluación de los CPS.

<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcione la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>

**HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE
CAROLINA DEL NORTE**

<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p>

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

4. Tipo de actividad: contacto con la familia contacto con un familiar referido (identificar el tipo de referido en la descripción) revisión de registros dotación de personal organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) otro: _____

5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____

6. Descripción:

1. Fecha: _____

2. Nombre/relación: _____

3. Método de contacto: llamada visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) visita al consultorio visita escolar otro: _____

4. Tipo de actividad: contacto con la familia contacto con un familiar referido (identificar el tipo de referido en la descripción) revisión de registros dotación de personal organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) otro: _____

5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____

6. Descripción:

1. Fecha: _____

2. Nombre/relación: _____

3. Método de contacto: llamada visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) visita al consultorio visita escolar otro: _____

4. Tipo de actividad: contacto con la familia contacto con un familiar referido (identificar el tipo de referido en la descripción) revisión de registros dotación de personal organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) otro: _____

5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____

6. Descripción:

1. Fecha: _____

2. Nombre/relación: _____

3. Método de contacto: llamada visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) visita al consultorio visita escolar otro: _____

4. Tipo de actividad: contacto con la familia contacto con un familiar referido (identificar el tipo de referido en la descripción) revisión de registros dotación de personal organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) otro: _____

5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____

6. Descripción:

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>
<p>1. Fecha: _____</p> <p>2. Nombre/relación: _____</p> <p>3. Método de contacto: <input type="checkbox"/> llamada <input type="checkbox"/> visita domiciliaria (proporcionar la dirección en la descripción si no es en la dirección familiar) <input type="checkbox"/> visita al consultorio <input type="checkbox"/> visita escolar <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>4. Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> contacto con la familia <input type="checkbox"/> contacto con un familiar <input type="checkbox"/> referido (identificar el tipo de referido en la descripción) <input type="checkbox"/> revisión de registros <input type="checkbox"/> dotación de personal <input type="checkbox"/> organización de reuniones/asistencia a reuniones (CFT, tratamiento, etc., identifique el tipo de reunión en la descripción) <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>5. Seguridad/riesgo abordado durante el contacto: _____</p> <p>6. Descripción:</p>

REFERIDOS A SERVICIOS REALIZADOS DURANTE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS

¿Qué servicios se adoptaron antes de la Evaluación de los CPS? N/C (no se adoptaron servicios)

Describa los servicios:

¿Qué referidos se realizaron durante la Evaluación de los CPS? N/C (no se necesitaron referidos)

Describa los referidos:

Describa el nivel de participación de la familia en los servicios. N/C

Participación en los servicios:

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

X. PETICIÓN JUVENIL (N/C para esta sección)

- a. ¿Se presentó una petición juvenil en relación con este caso? SÍ NO
- b. ¿Se adoptó la custodia no segura? SÍ NO
- c. Colocación del niño o los niños: _____

XI. HERRAMIENTAS ESTRUCTURADAS PARA LA TOMA DE DECISIONES

(Revisar que las siguientes herramientas se hayan completado y analizado con la familia, y que se coloquen en el archivo del caso)

- [DSS-5231](#) Evaluación de seguridad de Carolina del Norte (si el caso se cierra sin más acción, debe haber una Evaluación de seguridad con un hallazgo seguro).

Resultado de seguridad: Seguro: Seguro con un plan: Inseguro:

- [DSS-5230](#) Evaluación del riesgo familiar de abuso/negligencia infantil de Carolina del Norte

Resultado de la Evaluación de riesgos

Puntuación de negligencia	Puntuación de abuso	Nivel de riesgo
Invalidar: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

- [DSS-5229](#) Evaluación familiar de fortalezas y necesidades de Carolina del Norte.

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

XII. REVISIÓN DE LA DOTACIÓN DE PERSONAL DE DOS NIVELES Y RESUMEN DE LA RESOLUCIÓN DEL CASO

Resumen de la resolución del caso

Proporcione una justificación tanto si responde “sí” como “no” a las siguientes preguntas.

1. ¿El maltrato ha ocurrido con frecuencia o es grave?
 SÍ NO
2. ¿Existen problemas de seguridad que indiquen que es probable que el o los niños estén en situación de peligro inminente?
 SÍ NO

(Nota: Si el o los niños están separados de sus padres o el acceso se encuentra restringido y esa separación/restricción sigue siendo necesaria debido a problemas de seguridad, debe responder “sí” a esta pregunta).

3. ¿Se evaluaron factores de riesgo importantes que puedan ocasionar daños graves para los niños a corto plazo?
 SÍ NO
4. ¿El niño necesita servicios en el hogar o servicios fuera del hogar de los CPS? (Responder “sí” si la capacidad de protección del cuidador es insuficiente para proporcionar una protección adecuada, y “no” si la capacidad de protección de la familia es suficiente para proporcionar una protección adecuada)
 SÍ NO

Justificación de la decisión y resolución del caso

Documente la información fáctica con respecto a las observaciones en relación con las acusaciones de abuso, negligencia o dependencia, incluida la información específica del comportamiento con respecto a la frecuencia y gravedad del maltrato, los problemas de seguridad y el riesgo futuro de daño. Incluya información para respaldar las respuestas “Sí” y “No” anteriores.

La evaluación se completó en el plazo especificado: SÍ NO En caso negativo, explicar:

Se notificó a la familia de la demora en la toma de decisiones con respecto al caso: SÍ NO
Documente la conversación aquí o en la descripción: _____

Uso opcional por parte del supervisor solamente

Los comentarios opcionales o las aclaraciones del supervisor se pueden observar aquí.

Si la decisión o resolución del caso es diferente de la que se indica en la justificación anterior de la decisión y resolución del caso, el supervisor debe proporcionar documentación para justificar la decisión o resolución.

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

Niños

NOMBRE	EDAD	Resolución del caso para cada niño	Observaciones de maltrato <i>(Completar SOLO para Evaluaciones de investigación fundamentadas)</i>	
1.		<input type="checkbox"/> Fundamentado <u>(introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación)</u> <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios <input type="checkbox"/> Servicios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción
2.		<input type="checkbox"/> Fundamentado <u>(introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación)</u> <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción
3.		<input type="checkbox"/> Fundamentado <u>(introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación)</u> <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción
4.		<input type="checkbox"/> Fundamentado <u>(introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación)</u> <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

5.		<input type="checkbox"/> Fundamentado (<u>introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación</u>) <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios <input type="checkbox"/> Servicios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción
6.		<input type="checkbox"/> Fundamentado (<u>introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación</u>) <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios <input type="checkbox"/> Servicios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción
7.		<input type="checkbox"/> Fundamentado (<u>introducir las observaciones de maltrato en las dos columnas a continuación</u>) <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Servicios necesarios <input type="checkbox"/> Servicios recomendados <input type="checkbox"/> Servicios no recomendados <input type="checkbox"/> Servicios prestados, ya no necesarios	<input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Maltrato emocional <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Actos delictivos que involucran inmoralidad Trata de personas: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Dependencia	Negligencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada <input type="checkbox"/> Cuidado inadecuado Disciplina inadecuada: <input type="checkbox"/> con lesiones <input type="checkbox"/> sin lesiones <input type="checkbox"/> Entorno perjudicial: <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Entrega segura <input type="checkbox"/> Atención médica/correctiva inadecuada <input type="checkbox"/> Violación de la Ley de Adopción

Progenitores/cuidadores

Progenitor/tutor/custodio/cuidador/ agencia/hogar de acogida/cuidado comunitario/institución	Relación con el niño	Autor
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
5.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
6.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C

HERRAMIENTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

(Completar solo para Evaluaciones de investigación)

- Al menos uno de los autores es candidato para ser colocado en la RIL.
(en ese caso, todas las cartas necesarias se deben colocar en el registro y enviar según lo requiera la política).

Resolución del caso

Caso cerrado (fecha): _____ Transferido a: _____ Condado (fecha): _____

- Caso transferido a servicios en el hogar de los CPS (fecha): _____
 Caso transferido a servicios fuera del hogar de los CPS (fecha): _____
 Caso transferido a servicios voluntarios (fecha): _____

Dotación de personal

Nombres de otras personas presentes para la dotación de personal: _____

Nombre del contacto de RCP (si corresponde): _____

Firma del trabajador social: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

- 5104 completado y enviado

XIII. SERVICIOS CONTINUOS (N/C para esta sección)

Esta sección se debe completar para los casos que continúan con los servicios en el hogar o fuera del hogar

El Instrumento de documentación estructurada (DSS-5010) documenta las “SEEMAPS” identificadas durante la evaluación de los CPS: actividades sociales (**s**ocial), situación económica (**e**conomic), cuestiones ambientales (**e**nvironmental), necesidades de salud mental (**m**ental), actividades de la vida cotidiana (**a**ctivities), necesidades de salud física (**p**hysical) y resumen de fortalezas (**s**ummary). Esta información, junto con los resultados de la Evaluación de riesgos y de la Evaluación de fortalezas y necesidades, debe guiar el desarrollo del documento de Necesidades no satisfechas y requisitos de seguridad, y detallar las necesidades y actividades destinadas a prevenir la colocación de un niño en un régimen de acogida para quien, en ausencia de servicios preventivos efectivos, el plan implicaría la expulsión del hogar.

Identifique las fortalezas de la familia o los factores de seguridad de protección existentes:

El documento de Necesidades no satisfechas y requisitos de seguridad (DSS-5010a) aborda las inquietudes que se deberían abordar, así como las actividades y servicios que se deberían implementar, para mantener la seguridad de los niños hasta que se establezca un Acuerdo de servicios familiares. Este documento no se usa para el cuidado comunitario o las evaluaciones institucionales, pero se puede usar para los proveedores con licencia de hogares de acogida de tipo familiar y de cuidado en familia de origen que reciben servicios continuos de los CPS como cuidadores de niños en su hogar.

EVALUACIÓN DE LOS CPS DE CAROLINA DEL NORTE

XIV. Notificación a la autoridad a cargo de las autorizaciones para las evaluaciones de los CPS que implican colocaciones fuera del hogar

(Nota: Se debe notificar a la agencia a cargo de la autorización al comienzo de una Evaluación de los CPS que implique una colocación fuera del hogar, así como en el momento de la resolución del caso).

NDCDCD NCDSS NCDHSR OTRO: _____

Recomendaciones para la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana (DCDEE), la División de Servicios Sociales (DSS) o la División de Regulación de Servicios de Salud (DHSR) Utilice la Notificación de la resolución del caso de los CPS ([DSS-5282](#)) para notificar a la agencia a cargo de la autorización la información sobre la resolución del caso. Para los niños colocados en hogares/centros de acogida con licencia otorgada por la DSS o la DHSR, identifique las recomendaciones analizadas con los condados involucrados y sus representantes del programa de niños antes de la resolución del caso.