



## PERFIL PARA PROVEEDOR DE FOSTER CARE

### INFORMACIÓN PERSONAL

Gracias por su interés. Por favor comparta información sobre usted y su familia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Si tiene pareja, por favor provee información de ambos.

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Por favor mencione, quien vive con usted.

Nombre	Relación	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1.) Cual es el idioma principal que hablan en su hogar? \_\_\_\_\_

2.) Usted o algún otro miembro de la familia habla otro idioma? Que idioma? \_\_\_\_\_

3.) A que religión pertenece? \_\_\_\_\_

4.) Actualmente trabaja, o tiene un negocio propio, de ser así, que tipo de trabajo? \_\_\_\_\_

5.) Cual es el horario de su trabajo? \_\_\_\_\_

Cual es el horario de trabajo de su cónyuge? \_\_\_\_\_

6.) Continuara con su empleo, si llegara a tener un cliente en su hogar? \_\_\_\_\_

Su cónyuge continuara con su empleo, si llegara a tener un cliente en su hogar? \_\_\_\_\_

7.) Si es el caso, como piensa organizarse en el cuidado del cliente y sus otras tareas?

---

---

8.) Además de usted hay otro miembro de la familia que participaría en el cuidado del cliente, Describa por favor.

---

---

9.) Tiene familia lejanas que formen un papel importante en su vida diaria? Los considera parte de su sistema de apoyo?

---

---

10.) Hay algo en la composición de su familia que le limite el tipo de persona que puede cuidar? Por favor explique.

---

---

---

---

**HOGAR Y VECINDARIO**

- 1.) Casa propia o renta? \_\_\_\_\_ 2.) Casa de una planta o dos? \_\_\_\_\_
- 3.) Que tipo de entrada tiene: rampa, escaleras etc.? \_\_\_\_\_
- 4.) Su casa tiene acceso a silla de ruedas? Si no, se podría modificar? \_\_\_\_\_
- 5.) Habitaciones: \_\_\_\_\_ 6.) Baños (c/regadera): \_\_\_\_\_
- 7.) Distrito Escolar: \_\_\_\_\_
- 8.) Por favor mencione los nombres de las escuelas primarias, secundarias y colegios que se encuentren cerca de su hogar.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9.) Describa los tipos de actividad que se realizan alrededor de su comunidad.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10.) Describa su entorno de su ciudad. Rural, urbano, "suburbano" etc...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN, O LICENCIA ACTUAL**

- 1.) Esta usted certificado para tener una persona a su cargo, en su hogar?  No  Si  
Cual es el nombre de la agencia? \_\_\_\_\_  
Que tipo de agencia? Marque las que aplican.  
 CPS/CPA  HCS/TxHML  CLASS  Otros: \_\_\_\_\_
- 2.) Si usted esta certificado para cuidar a un niño con CPS, marque las que aplican.  
 Básico  Terapéutico  Habilitación  Médica Primaria  Nivel Intenso  
Máximo de niños/adultos por los que esta certificado para cuidar? \_\_\_\_\_
- 4.) Ha tenido antecedentes penales en los últimos años?  No  Si
- 5.) Esta dispuesto a tener una nueva verificación?  No  Si
- 6.) Están todos los miembros de su hogar dispuestos a tener un chequeo de su record criminal?  No  Si

7.) Si usted ha sido verificado por o ha estado bajo contrato con otras agencias en el pasado, por favor indique a continuación las fechas aproximadas.

Agencias Anteriores	Persona de Contacto	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8.) Alguna vez ha pedido que retiren a un niño/adulto de su hogar?  No  Si | Cuantas veces lo ha pedido? \_\_\_\_\_

Describe cada una de las circunstancias por la cual lo pidió:

---

---

---

---

---

---

---

9.) Alguna ves a sido investigado por acuso de abuso, negligencia o explotación?  No  Si

En su caso, mencione la agencia con la que se encontraba y describa la situación y resultados de la investigación.

---

---

---

---

---

#### EXPERIENCIA CON DISCAPACITADOS

1.) Usted tiene un miembro de familia con alguna discapacidad?  No  Si

En su caso, describa su relación con este y si ayuda en el cuidado de esta persona.

---

---

2.) A trabajado en un una casa hogar, asilo o clínica con clientes con discapacidad mental?  No  Si

En su caso, describa donde trabajó, cuanto tiempo y cual era su labor.

---

---

**3.)** Ha cuidado a una persona con discapacidad en su hogar?

Si su respuesta es NO, omite la siguiente sección.

Si respuesta es SI, conteste las siguientes preguntas.

**4.)** Esta persona es miembro de su familia, o le pagan para cuidarla?

---

---

Si es miembro de su familia, describa cuanto tiempo cuida de el en su hogar y que tipo de cuidado le brinda. Por favor mencione si esta persona sigue viviendo con usted

---

---

---

Si usted recibe un pago por cuidar a una persona con discapacidad, cuantas personas cuida en su hogar. Estos son niños o adultos?

---

---

Cuanto tiempo cuida a cada persona?

---

---

Que tipo de cuidado le provee?

---

---

---

**5.)** Comentarios adicionales:

---

---

---

**EXPERIENCIA EN FOSTER CARE CON CPS**

1.) ¿Tiene experiencia en el cuidado de los niños en el sistema de protección de menores (CPS | Child Protective Services)?

Si es NO, por favor pase a la siguiente sección.

Si es SI, por favor conteste las siguientes preguntas.

2.) Por cuantos años? \_\_\_\_\_

3.) Ha cuidado de los niños a largo plazo, a corto plazo, o de casos de emergencia?

---

---

4.) Cuanto ha sido el tiempo que mas a durado con un niño en su casa, por favor describa.

---

---

5.) Ha trabajado en alguna otra capacidad en el sistema CPS?  No  Si

Por favor describa.

---

---

---

**TIPO DE VIDA**

Por favor describa su tipo de vida. Por ejemplo, usted esta activo y en movimiento, prefiere el are libre o permanecer en casa? Su familia participa en algún tipo de actividades como en la iglesia, ligas de deporte, Boy Scouts, etc.? Esta su hogar lleno de actividades o tienden a ser mas tranquilos y moderados?

---

---

---

---

---

Describa el grado en el que usted se siente cómodo con otra enfermera, terapeuta, etc. en su hogar ayudando con el cuidado niño/adulto

---

---

**1.)** Cual es la razón por querer cuidar a una persona con deseabilidad?

---

---

---

---

**2.)** Que aria para hacer sentir a esta persona parte de su familia?

---

---

---

**3.)** Esta dispuesto a cumplir el compromiso a largo plazo? Explique detalladamente.

---

---

---

**4.)** Cuales piensa usted que sean los mayores desafíos de cuidar a un niño/adulto con discapacidad?

---

---

---

---

---

**5.)** Algunas familias biológicas son muy activos en la vida de sus seres queridos y se espera contacto de rutina y de consulta, mientras que otros son menos activos, lo que requiere menos interacción frecuente. ¿Estás dispuesto a considerar el cuidado de una persona cuyo nacimiento familia está involucrado? ¿Cuánto contacto estarías a gusto? Por favor, explique.

---

---

---

---

**PREFERENCIA DEL CLIENTE**

En esta sección, por favor describa su voluntad de considerar el cuidado de una persona con necesidades especiales, y / o bajo qué condiciones sería excluir a un niño con ciertas necesidades.

**Específica de Intereses** | A veces las familias ya están conectados a un niño en particular o un adulto, tal vez como un amigo de la familia o un cuidador en la escuela o en un centro residencial. ¿Existen determinadas personas que estén interesadas en el cuidado?

No  Si es si, provee, el nombre, edad y el tiempo que tiene de conocerlo.

**Nombre**

**Edad**

**Tiempo de conocerlo**

\_\_\_\_\_

Usted conoce a sus padres o guardianes?

No  Si

Por favor describa su relación y como se conocen .

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

**Edad** | Hay una edad en particular que prefiera. Explique la razón.

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

**Sexo** | usted prefiere masculino o femenino? Por favor explique por qué.

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

**Necesidades Medicas** | Algunas personas necesitan ayuda con las tareas medicas diariamente o periódica, tal es como asistencia de tomar medicamentos o usar una sonda para su alimentación. Algunas personas también tienen condiciones tales como una traqueotomía o ventilador que requiere a una enfermera en casa y a la familia puede requerir tareas relacionadas. Algunas personas pueden tener crisis convulsivas, trastornos metabólicos u otras condiciones crónicas que requieren un seguimiento constante y un tratamiento continuo. Por favor indique su interés y experiencia con personas con este tipo de cuidados médicos.

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



**Desarrollo Cognitivo Sensorial** | Por favor describa su interés y experiencia en el cuidado de una persona con las siguientes: leve discapacidad intelectual significativa, comportamientos autistas o comportamientos autistas; ceguera, la sordera o la deficiencia sensorial, y problemas de comunicación, como utiliza pocas palabras o no a la comunicación como la firma o un dispositivo electrónico. También, por favor indica tu interés en el cuidado de una persona cuya discapacidad es tal que es posible que no parecen estar comprometidos con su medio ambiente, o para los que puede ser difícil para cualquier persona que no sean sus cuidadores habituales para determinar su estado de ánimo o reacciones. .

---

---

**Problemas de Comportamiento** | Por favor describa su interés y experiencia en el cuidado de personas con problemas de comportamiento que requieren cambio de dirección y / o supervisión mayor, incluyendo comportamiento autodestructivo, la agresión hacia los demás, o conducta sexual inapropiada. La conducta desafiante puede ser leve o severo, se puede manejar con estrategias de comportamiento positivas y / o medicamentos, y pueden tener ciertos factores desencadenantes que pueden evitarse.

---

---

**Problemas de Movilidad** | Por favor describa su interés y capacidad para cuidar de una persona con problemas de movilidad. Una persona con problemas de movilidad puede tener una o más de las siguientes características: un modo de andar inquieto, ayuda o supervisión para caminar, el uso de un aparato ortopédico o un andador, el uso de una silla de ruedas manual o eléctrica, y / o necesita asistencia parcial o completa a pasar de la silla de ruedas a la cama, baño, vehículos, etc. una persona también puede necesitar un asiento de seguridad especializada y / o transporte accesible. Por favor, indique su voluntad de considerar a una persona que necesita un equipo de elevación y otras ayudas para la adaptación para ayudar con la movilidad y transferencias.

---

---

**Cuidado Personal** | Por favor, describa su interés y capacidad para cuidar de una persona que necesita ayuda parcial o total para hacer cosas como comer, bañarse, vestirse, aseo, o cuidar de otras necesidades personales. Específicamente frente a si usted está dispuesto a cuidar de una persona que usa pañales

---

---

Hay algo en especial que debemos saber para que usted coincida con una persona?

---

---

#### FOTOS DE SU HOGAR

Proporcionar imágenes de su casa para añadir a su archivo. Por favor, incluya fotos del frente de su casa, cocina, sala, dormitorio y baño (s) a disposición del cliente, patio, zonas comunes y pasillos. Si tiene dudas o necesita asistencia adicional, por favor comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos llamando al 214-741-6359. Por favor envíe u perfil a:

**Ahora y Siempre, Inc.**  
1412 Main St., Suite 205  
Dallas, TX 75202