

PLAN DE ATENCIÓN SEGURA

Sección I. Información personal:

Nombre del caso:		Núm. de caso:		Núm. de acontecimiento:	
Nombre del niño:		Fecha en que se completó:			
Especialista de Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services, CPS):	Proveedor de Servicios para las Familias de la Comunidad (Community Family Service Provider, CFSP)/Proveedor de Administración de Caso para el Bienestar del Niño (Child Welfare Case Management Provider, CWCMP) Administrador de casos:				

Sección II. Descripción del plan de atención segura:

Se le entregó y se le explicó a la familia el folleto del plan de atención segura de los PPS 2008.

Sección III. Evaluación:

A la hora de establecer el plan de atención segura, indique las necesidades del niño, entre ellas, las relacionadas con la salud física, los tratamientos para los trastornos por el consumo de sustancias, el funcionamiento general, el desarrollo, la seguridad y cualquier tipo de necesidad de atención especial. Los servicios seleccionados para atender las necesidades y las fechas de derivación se pueden completar a la hora de establecer el plan de atención segura o puede hacerlo el proveedor encargado de la supervisión.

Necesidades del niño	Servicios	Servicio aceptado por la familia	Fecha de derivación
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

A la hora de establecer el plan de atención segura, indique los problemas de salud física, social o emocional, los tratamientos para los trastornos por el consumo de sustancias, la capacidad de crianza y el tipo de preparación para cuidar a un niño con necesidades de atención especial de la familia o del cuidador (*Incluya a todos los familiares involucrados*). Los servicios seleccionados para atender las necesidades y las fechas de derivación se pueden completar a la hora de establecer el plan de atención segura o puede hacerlo el proveedor encargado de la supervisión.

PLAN DE ATENCIÓN SEGURA

Nombres de los familiares	Necesidades detectadas	Servicio	Servicio aceptado por la familia	Fecha de derivación
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Indique los puntos fuertes y los recursos de la familia:

Indique cuáles son los proveedores encargados de la supervisión (Servicios de Protección Familiar, Proveedor de Servicios para las Familias de la Comunidad, otros):

PLAN DE ATENCIÓN SEGURA

Sección IV. FIRMAS *(Todos los participantes de este plan deben firmar este documento y la familia debe quedarse con una copia)*

Participante:	Función que cumple:	Fecha:

Para: la familia y el expediente del caso

