

# CCSO Formulario de Adhesión de Menores

Teléfono (239) 252-0900 **Riesgo** Fax (239) 252-8700

Este formulario fue completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Hembra Años \_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mes día año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Cabello: \_\_\_\_\_ Ojos: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Haitiano Hispano Jamaicano No Hispano

Race: Nativo de Alaska Indio Americano Asiático Negro Isleño del pacífico Blanco

Escuela: \_\_\_\_\_ Nivel de grado: \_\_\_\_\_ Número del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con los jóvenes: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

Sitios de redes sociales utilizados por los jóvenes (i.e. Snap Chat, Instagram, Facebook, TikTok, etc.) : \_\_\_\_\_

Nombres de usuario de redes sociales/Nombres de Nick: \_\_\_\_\_

## Estructura familiar:

Régimen de acogida  Vive con padre soltero  Otro

Vive con no familiars  Vive con madre soltera  Vive con el padrastro

Vive con familiars  Vive con dos padres

## Contrato de Participación de Padres

Estoy de acuerdo en \_\_\_\_\_ para participar en el programa de Prevención de Riesgos Juveniles. Acepto proporcionar transporte a todos los eventos, actividades y talleres relacionados con este programa. Acepto participar en todas las reuniones y talleres de padres asociados con o ofrecidos a través de este programa. Si no puedo asistir a un taller o sesión educativa, haré este componente durante el próximo taller disponible.

Estoy de acuerdo en cooperar con los diputados mentores sugeridas intervenciones y talleres educativos diseñados para ayudar a padres y niños en el aprendizaje y la aplicación de nuevas habilidades y herramientas.

Comprendo plenamente que como padre, mi cooperación es necesaria para lograr el éxito a través de este programa. Mi falta de participación en cualquier aspecto de este programa podría obstaculizar la efectividad de las herramientas y talleres proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## EVALUACIÓN DE RIESGOS:

Basado en observaciones, entrevistas con jóvenes y representantes de la escuela de jóvenes...

<b>ESCUELA</b>	Asistencia	¿Saltar clases 3 o más veces en los últimos 60 días?	___ Sí ___ No
		¿Vagabundante Habitual / Crónico (más de 15 ausencias en 90 días)?	___ Sí ___ No
		¿Actualmente suspendido?	___ Sí ___ No
	Comportamiento	¿Actualmente expulsado?	___ Sí ___ No
		¿Suspendido dentro del año escolar actual o anterior?	___ Sí ___ No
		¿Expulsado dentro del año escolar actual o anterior?	___ Sí ___ No
Académico	¿Falló una o más clases en los últimos 6 meses?	___ Sí ___ No	
	¿Alguna vez se retrasó / fracasó en un grado?	___ Sí ___ No	
	¿Problemas de aprendizaje o enfermedad mental (ADD, ADHD, Dislexia, SED, EH, LD, etc.)	___ Sí ___ No	
<b>FAMILIA</b>	Padres	¿Padres / tutores tienen dificultad para controlar el comportamiento de los jóvenes?	___ Sí ___ No
		¿No tiene claros o no hay límites o reglas con respecto al comportamiento del niño?	___ Sí ___ No
	Historia	¿No puede indicar dónde y con quién el niño pasa el tiempo libre?	___ Sí ___ No
		Han documentado casos de abuso / negligencia de menores (Físico, emocional o sexual)?	___ Sí ___ No
		¿Evidencia física de abuso o negligencia de la juventud?	___ Sí ___ No
	Influencia	¿Tuvo participación anterior o actual del DCF?	___ Sí ___ No
¿Padres, tutores o hermanos tienen antecedentes penales?		___ Sí ___ No	
<b>ABUSO DE SUST.</b>	¿Tabaquismo usado 3 o más veces en los últimos 30 días?	___ Sí ___ No	
	¿Usó drogas / alcohol 3 o más veces en los últimos 30 días?	___ Sí ___ No	
	¿Ha sido acusado de delito relacionado con drogas?	___ Sí ___ No	
<b>COMPORTAMIENTO</b>	Robando	¿Se ha robado a la familia, a la casa oa los vecinos?	___ Sí ___ No
		¿Fuera de casa una vez por un período extendido? (Un día o más)	___ Sí ___ No
	Corriendo Lejos	Fuera de casa 3 o más veces en el pasado? (Habitual)	___ Sí ___ No
		¿Se admite o se sospecha que es miembro de una pandilla o participa en actividades de pandillas?	___ Sí ___ No
	Pandillas	¿Identificado por la policía como miembro de una pandilla?	___ Sí ___ No
		¿Asociado con jóvenes involucrados con conducta grave o delincuente o registro?	___ Sí ___ No
¿Alguna vez lo han arrestado?	___ Sí ___ No		
<b>SALUD MENTAL</b>	¿Actualmente los jóvenes reciben consejería de salud mental?	___ Sí ___ No	
	¿Recibieron los jóvenes consejería de salud mental en el pasado?	___ Sí ___ No	
	¿Alguna vez los jóvenes han sido Baker Acted?	___ Sí ___ No	

La juventud fue referida por:

DCF  DJJ  Mismo o familia  Escuela Poder  Judicial o Fiscal del Estado

Otro Departamento de Justicia Criminal (Not DJJ)  Otros servicios sociales (No DCF)  Otro: \_\_\_\_\_

Motivo de la remisión (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

---



---



---