

Estado de New Jersey - Departamento de Niños y Familias Solicitud de determinación de elegibilidad para niños menores de 18 años con discapacidades del desarrollo

Formulario B: Resumen de comportamiento adaptativo del niño

El propósito del Resumen de comportamiento adaptativo del niño (CABS) es recopilar información sobre el funcionamiento **típico** del niño en los últimos 6 meses. Debe ser completado por el cuidador principal del niño (la persona que está más familiarizada con él) y debe expresar, en la medida de lo posible, el modo en que el niño actúa y reacciona en actividades rutinarias diarias en el hogar, la escuela y la comunidad. El CABS ofrece una visión más amplia del impacto que la discapacidad del niño tiene en la vida cotidiana del niño mismo y de su cuidador, y **complementa**, pero no reemplaza la información y la documentación de los proveedores de servicios de salud sobre las fortalezas, capacidades y necesidades del niño que usted debe presentar.

Por favor, marque la casilla que **mejor** describa la frecuencia con la que el niño expresa las siguientes acciones o comportamientos. Por favor, complete todos los puntos. Si no puede responder porque no ha observado el comportamiento descrito o cree que no aplica al niño, sírvase indicarlo con un “no” según corresponda. Escriba los comentarios pertinentes al final de cada sección, a menos que se indique lo contrario. Los comentarios pueden incluir información adicional sobre los puntos de cada sección, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

RESUMEN DE COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO DEL NIÑO (CABS): SECCIÓN DE SOLICITUD

Nombre del niño:

Edad actual:

Primer nombre

Inicial del segundo
nombre Apellido

ABS completado por:

Fecha en que se completó:

Relación:

Teléfono:

SECCIÓN I - ACTIVIDADES COTIDIANAS

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

ALIMENTACIÓN	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	No aplicable (N/A)
1. Come con los dedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se alimenta con una cuchara sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se alimenta con un tenedor sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corta alimentos con un cuchillo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebe de una taza o un vaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios/Información adicional (explique brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

USO DEL BAÑO	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	No aplicable (N/A)
1. Identifica cuándo usar el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Usa el baño sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se limpia con papel higiénico sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se lava las manos después de usar el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (Mujeres) Se ocupa de su período menstrual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene incontinencia de orina durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiene incontinencia de orina durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene incontinencia intestinal durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene incontinencia intestinal durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usa productos para la incontinencia (pañales o similares)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SI RESPONDE QUE SÍ: Marque el o los momentos del día.		<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Noche
Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):						
HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	No aplicable (N/A)
1. Abre la llave y regula la temperatura del agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se lava y seca las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se lava y seca el rostro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se baña en una tina sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se baña en una ducha sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se lava el cabello con champú.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se seca sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa desodorante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

HIGIENE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	No aplicable (N/A)
9. Se peina sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Coloca dentífrico en el cepillo de dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se cepilla los dientes sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se suena y limpia la nariz con un pañuelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se afeita según lo necesite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):						
MOMENTO DE VESTIRSE	1 Prácticamente independiente	2 Necesita ayudas verbales menos de la mitad del tiempo	3 Necesita ayudas verbales más de la mitad del tiempo	4 Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	5 Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	No aplicable (N/A)
1. Se desviste sin ayuda (correctamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puede abrochar botones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puede ponerse ropa con broches de presión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede subir y bajar cierres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sabe abrochar una hebilla (p. ej., la de un cinturón).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abrocha su propio sostén.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se ata los cordones de los zapatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se cambia la ropa regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Elige la ropa según la estación del año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se quita calcetines, sombrero y mitones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios/Información adicional (describa brevemente las respuestas señaladas como "N/A"):						

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

SECCIÓN II - COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO SOCIAL

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño **en su hogar, en la escuela y en la comunidad** en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	1 Casi nunca (menos de 10% del tiempo)	2 Infrecuentemente (menos de 25% del tiempo)	3 Algunas veces (alrededor de 50% del tiempo)	4 Frecuentemente (menos de 75% del tiempo)	5 Siempre o casi siempre (90% o más del tiempo)
1. Responde adecuadamente a preguntas "sí o no".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sigue indicaciones simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sigue indicaciones complejas o de varios pasos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica necesidades y deseos básicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPUESTAS POR SÍ O NO:	SÍ	NO	Comentar al lado de cada respuesta:		
5. Se comunica mediante gestos (p. ej., señala).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Usa lenguaje de señas para comunicarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Comprende gestos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Comprende señas o lenguaje de señas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Usa el teléfono para hacer y responder llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Emplea el niño dispositivos de ayuda para comunicarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COMPORTAMIENTO SOCIAL	Sí	No	Comentarios		
¿El niño disfruta de algún pasatiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede hacer amigos en forma independiente y mantener las relaciones de amistad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede mantener una conversación coherente con amigos de la misma edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño demuestra interés en pasar tiempo con amigos de edades similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño sabe mantener secretos y es prudente al compartir información personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede demostrar empatía y preocupación por los sentimientos de sus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede expresarse cuando lo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El niño puede manejar enojos y frustraciones de manera adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

OTRAS ÁREAS FUNCIONALES	Sí	No	Comentarios
1. El niño puede identificar preferencias (comida, programas de TV, juegos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El niño puede planear y esperar eventos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. El niño sabe pedir ayuda cuando la necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. El niño puede sacar la basura y colocarla en el contenedor adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. El niño puede señalar un objeto favorito o interesante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. El niño tiene pasatiempos de interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El niño puede planear algo y llevarlo a cabo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. El niño puede realizar con éxito tareas simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. El niño es capaz de limpiar su propio cuarto (guardar objetos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. El niño busca a sus pares para jugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. El niño puede decir la hora en un reloj digital o analógico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. El niño está atrasado en 3 o más niveles de grado en 2 materias académicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. El niño puede comunicar la dirección de su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. El niño puede identificar objetos en imágenes, ya sea señalando o nombrándolos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. El niño puede contar de 1 a 10 sin equivocarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. El niño puede unir 3 formas o 3 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. El niño puede identificar al menos 7 colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. El niño sabe hacer uso del tiempo para seguir un horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios adicionales:			

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

DESENVOLVIMIENTO EN LA COMUNIDAD	Sí	No	Comentarios
1. ¿En qué actividades comunitarias participa el niño?			
2. ¿El niño tiene un comportamiento apropiado durante estas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿El niño es consciente de peligros comunes en el hogar tales como escaleras, líquidos de limpieza, calentadores, hornos y chimeneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿El niño demuestra ser consciente de peligros en la comunidad tales como el tránsito o la excesiva amabilidad con extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿El niño puede hacer compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿El niño puede usar el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿El niño sabe decir la hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. ¿El niño puede ingerir medicamentos recetados solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b Describa el método de administración de los medicamentos:			
9. ¿Esta persona puede quedarse sola/sin supervisión durante un tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Describa qué tipo de ayuda necesita el niño en lo referente al dinero (pagar cuentas, presupuesto, etc.).			
Comentarios:			

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

SECCIÓN III - FACTORES MÉDICOS Y CONDUCTUALES

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios, tales como intensidad, disparadores y mejor o peor funcionamiento del niño en la actualidad en comparación con sus aptitudes pasadas.

En el caso de las condiciones que suponen un riesgo médico, indique "Sí" solo si el niño ha experimentado síntomas en los últimos 6 meses, independientemente de la fecha de los diagnósticos. Si el niño estuvo enfermo o en tratamiento en el pasado, pero no en la actualidad, marque "No", pero incluya detalles de los antecedentes en los casilleros de comentarios. En la sección de Situaciones traumáticas y riesgosas, por favor indique "Sí" si el niño vivió una de las experiencias enumeradas, **aunque haya sido una sola una vez**. Si el niño experimentó otro tipo de situación traumática, por favor indíquelo en el correspondiente casillero de comentario.

CONDICIONES QUE SUPONEN UN RIESGO MÉDICO	Sí	No	Comentarios
1. Alergias (a medicamentos o alimentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Asma (inhaladores, nebulizadores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Respiratorias (oxígeno, traqueotomía, CPAP).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gastrointestinales (problemas de alimentación/eliminación; reflujo grave).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Utiliza bolsa de colostomía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Tiene riesgo de sufrir aspiración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Usa un tubo de alimentación (tubo G).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Tose o se ahoga al comer o beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Otra persona debe colocarle los alimentos/líquidos en la boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Necesita una dieta alterada mecánicamente (<i>espesada, cortada o hecha puré</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Necesita una dieta recetada por un médico (<i>limitada en grasas, sodio o colesterol</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Busca ingerir alimentos o líquidos permanentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Tiene riesgo de sufrir deshidratación/Suele rechazar la ingesta de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Estreñimiento: suele necesitar supositorios o enemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Requiere un catéter/diálisis (enfermedad urinaria/renal, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. ¿El niño sufre de epilepsia o convulsiones? Si responde afirmativamente, escriba el tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b ¿El niño recibe medicamentos recetados para tratar las convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c Fecha de la última convulsión, tipo de convulsiones, frecuencia:			
17a. ¿El niño padece diabetes? Si responde afirmativamente, escriba el tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b ¿El niño es insulino dependiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿El niño recibe cuidados de enfermería especializados en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

CONDICIONES QUE SUPONEN UN RIESGO MÉDICO	Sí	No	Comentarios
19. Otras enfermedades que requieran asistencia: <i>ENUMERE A CONTINUACIÓN.</i>			
Comentarios:			
RIESGOS CONDUCTUALES Conducta (hacia sí mismo)	Sí	No	Comentarios Incluya frecuencia y disparadores.
1. Se muerde o se pega gravemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Se golpea la cabeza contra objetos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Se inserta objetos dañinos en orificios del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Se lastima o se rasca intensamente la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Padece pica (ingesta de sustancias no comestibles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conducta (hacia otras personas)	Sí	No	Incluya frecuencia, disparadores y personas con quienes manifiesta la conducta (p. ej., uno de los padres, un hermano, un maestro o extraños).
7. Les pega a otras personas, las pateo o las muerde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Profiere amenazas directas de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tiene arrebatos de ira/agresividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Desafía con vehemencia/rechaza permanentemente o incumple las indicaciones dadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

Otras conductas	Sí	No	Si responde "Sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
10. Abusa de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Está involucrado en un hecho de índole legal/criminal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Tiene un comportamiento sexual problemático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sale corriendo impulsivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Deambula con frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Tiene la costumbre inusual de trepar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Provoca daños a la propiedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Suele prender fuego las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y RIESGOSAS	Sí	No	Comentarios
1. Antecedentes de abuso físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Antecedentes de abuso sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Antecedentes de acoso (bullying).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Antecedentes de pérdidas graves, como el fallecimiento de un hermano o uno de los padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Antecedentes de haber sido apartado del hogar por ser víctima de abuso o negligencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de salud mental	Sí	No	Si responde "Sí", describa qué tratamientos/servicios recibe el niño, si los hubiera.
6. Depresión (desesperanza, tristeza, cambios de humor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ansiedad (preocupación excesiva, ataques de pánico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cambios muy repentinos de humor y/o irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Tics, trastornos de la motricidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ver o escuchar cosas que no son reales; paranoia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios:			

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

SECCIÓN IV - NECESIDADES DE SUPERVISIÓN Y USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS

Recuerde puntuar el funcionamiento promedio del niño o el uso de equipos en los últimos **6 meses**.

Puede incluir cualquier información adicional en los casilleros de comentarios; por ejemplo, si las aptitudes del niño o su necesidad de usar equipos adaptativos han mejorado o empeorado en comparación con sus aptitudes pasadas.

Necesidades de supervisión en el hogar	Sí	No	Necesidades de supervisión en la comunidad	Sí	No
1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Requiere supervisión acorde a su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Requiere supervisión de 24 horas en vigilia (día y noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Requiere supervisión estrecha durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apoyo/Supervisión diaria en el lugar, horas limitadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Puede ser dejado solo en lugares específicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede identificar una emergencia y conseguir ayuda para sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Viaja en forma independiente dentro de la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Requiere asistencia para salir de su hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Es vulnerable a la explotación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios			
Silla de ruedas <i>(puede elegir más de una opción)</i>	<input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>	Eléctrica <input type="checkbox"/>	Se impulsa solo <input type="checkbox"/>	Requiere asistencia <input type="checkbox"/>
Casco	<input type="checkbox"/>				
Lentes	<input type="checkbox"/>				
Andador/Muletas/Bastón	<input type="checkbox"/>				
Cubiertos modificados	<input type="checkbox"/>				
Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS)	<input type="checkbox"/>				
Zapatos correctores/Aparatos ortopédicos	<input type="checkbox"/>				
Audifono	<input type="checkbox"/>				
Dispositivo de comunicación aumentativa	<input type="checkbox"/>				

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios
Otras: Por favor, describa.	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		
MODIFICACIONES EN EL ENTORNO	MARCAR SI USA	Comentarios
Vehículo modificado para silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones sanitarias accesibles	<input type="checkbox"/>	
Rampa	<input type="checkbox"/>	
Elevadores: porche, vestíbulo, escalera	<input type="checkbox"/>	
Otras: Por favor, describa.	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentarios:		

SECCIÓN V: RECONOCIMIENTO

Estado de New Jersey
Departamento de Niños y Familias
División del Sistema de Cuidado de Niños

Por medio de la presente, reconozco que soy la persona que completó el Resumen de comportamiento adaptativo del niño en representación de:

Nombre del niño o joven solicitante (en letra de imprenta)

A mi leal saber y entender, las respuestas que proporcioné reflejan con exactitud las aptitudes de cuidado de sí mismo, las habilidades de comunicación, el comportamiento social, el desenvolvimiento en la comunidad, las condiciones físicas, las limitaciones y el uso de dispositivos de ayuda de este niño, así como sus problemas sanitarios, médicos y de seguridad.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre (en imprenta): _____

Relación con el niño o joven solicitante: _____

¡Importante! Esta es la segunda parte de una solicitud compuesta de cuatro partes. Sírvase continuar con el Formulario C: Hoja de portada de documentación.