

2015

[APPLICATION FOR S.H.A.R.E. SERVICES]



3500 N. A St., Suite 2200, Midland, TX 79705 (432) 818-1253 tel (432) 818-1250 fax sharewtx.org

Caring for families who have children with special needs



Caring for families of children with special needs

Check List

Please review application and ensure that you have completed each section and attached all items below by initialing. Applications cannot be processed with missing information.

- ___ 1. Copy of proof of diagnosis from school or child's primary physician.
- ___ 2. Complete immunization records or copy of waiver from the Texas Department of State Health Services for Exemption of Immunizations.
- ___ 3. Current picture of child.
- ___ 4. Getting to Know Me Form.

Please understand that the full application and interview must be completed and processed, and a respite night assigned, prior to attending respite care. If there are no openings upon completion of application, you will be placed on our waiting list until an opening becomes available.

For questions please contact Malissa Roach, Program Director, at mroach@sharewtx.org or 432-818-1254.



Caring for families of children with special needs

Application for S.H.A.R.E. Services

Solicitud para Servicios S.H.A.R.E

Date of Application _____ / _____ / _____ Referred by: _____
Fecha de solicitud _____ Referido por _____

CHILD REQUIRING RESPITE CARE (Niño(a) Que Requiere Cuidado):

Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____ Nick Name _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apodo _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Current Age: _____ Check One: Male Female
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino o Femenino

FAMILY INFORMATION (Información de Familia):

Father's Name: _____
Nombre del Padre: Last Name/Apellido _____ First Name/Primer Nombre _____ Middle Name/Segundo Nombre _____

Home Address: _____
Dirección: Street/PO Box/Calle o Buzón _____ Town/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____

Telephone Information: _____
Teléfono _____ Home Phone/Número de teléfono en casa _____ Cell Phone/Teléfono Celular _____

Home Email: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____
Correo electrónico _____ Fecha de Nacimiento _____

Employer Information: _____
Empleo: Company/Compañía _____ Position/Puesto _____

Employer Address: _____
Dirección: Street/PO Box/Calle o Buzón _____ Town/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____

Employer Telephone: _____ Employer Email: _____
Teléfono del Empleo _____ Correo electrónico del Empleo _____

Required Identification Information: _____
Identificación Requerida _____ Driver's License Number/Número de Licencia _____ State/Estado _____

Mother's Name: _____
Nombre de Madre: Last Name/Apellido _____ First Name/Primer Nombre _____ Middle Name/Segundo Nombre _____

Home Address: _____
Dirección: Street/PO Box/Calle o Buzón _____ Town/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal _____

Telephone Information: _____
Teléfono _____ Home Phone/Número de teléfono en casa _____ Cell Phone/Teléfono Celular _____

Home Email: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____
Correo electrónico _____ Fecha de Nacimiento _____

Employer Information: _____
Empleo: Company/Compañía _____ Position/Puesto _____



Caring for families of children with special needs

Employer Address: _____
Dirección: Street/PO Box/Calle o Buzón Town/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Employer Telephone: _____ Employer Email: _____
Teléfono del Empleo Correo electrónico del Empleo

Required Identification Information: _____
Identificación Requerida Driver's License Number/ Número de Licencia State/Estado

Parent's Anniversary Date: _____/_____/_____
Fecha de Aniversario de los Padres

Single Parent's Birthday: _____/_____/_____
Padre Soltero Fecha de Nacimiento

Siblings living in the home - Please provide information from YOUNGEST to the OLDEST:

Hermanos que viven en el hogar – Por favor proporcione información del MENOR al MAYOR:

First Name/Nombre Middle Name/2o. Nombre Male Female _____ Birth date: ___/___/___
Masculino Femenino Age/Edad Fecha de Nacimiento

First Name/Nombre Middle Name/2o. Nombre Male Female _____ Birth date: ___/___/___
Masculino Femenino Age/Edad Fecha de Nacimiento

First Name/Nombre Middle Name/2o. Nombre Male Female _____ Birth date: ___/___/___
Masculino Femenino Age/Edad Fecha de Nacimiento

First Name/Nombre Middle Name/2o. Nombre Male Female _____ Birth date: ___/___/___
Masculino Femenino Age/Edad Fecha de Nacimiento

Other Family Members/Individuals living in the home:

Otros Miembros de la Familia/Individuos que viven en el hogar:

Last Name First Name Age Relationship to Respite Child
Apellido Primer Nombre Edad Relación con el niño(a) en SHARE

Last Name First Name Age Relationship to Respite Child
Apellido Primer Nombre Edad Relación con el niño(a) en SHARE

PLEASE DESCRIBE YOUR SPECIAL CARE CHILD'S DIAGNOSIS:

Por favor describa el diagnóstico de su niño(a) con necesidades especiales:

PLEASE ATTACH A COPY OF PROOF OF DIAGNOSIS FROM PHYSICIAN OR SCHOOL

Por favor adjunte una copia del diagnóstico médico o escolar

Is your special care child receiving any special services? YES NO

¿Está recibiendo su niño(a) servicios especiales? SI NO

For example, Early Intervention Program, Day Care, Special Education/Modification in School, Physical/Occupational Therapy, Speech Therapy, etc. If YES, please explain below:

Por ejemplo, Programa de Intervención Temprana, Guardería, Modificación de Educación Especial en



Caring for families of children with special needs

la escuela, Terapia Física/Ocupacional, Terapia de lenguaje (speech)...Si los recibe, por favor explique:

Do you currently receive any respite services? YES NO If YES, please explain:

¿Recibe usted algún servicio de descanso? SI NO Si es así, explique:

Emergency Contacts - other than parents or physician:

Contactos de Emergencia – distintos de padres o médicos:

In case of emergency, the following individual(s) may be called and are authorized to pick up my child/children after proper positive identification has been provided. PLEASE note the identification provided below **MUST** match before your child/children will be released to said individual(s).

En caso de emergencia, los siguientes individuos están autorizados para recoger a mi niño(a) después de proporcionar identificación. ATENCION: La identificación que usted indique aquí DEBE ser igual a la que presenten los individuos antes de que se haga entrega de los niños a estas personas.

Last Name First Name Relationship to Respite Child
Apellido *Nombre* *Relación con el niño(a) en SHARE*

Home Address: _____
Dirección: Street/ PO Box *Calle/Buzón* Town/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Telephone Information: _____
Teléfono: Home Phone/Número de teléfono en casa Cell Phone/Teléfono Celular

Required Identification Information: _____
Identificación Requerida: Driver's License Number/ Número de Licencia State/Estado

Last Name First Name Relationship to Respite Child
Apellido *Primer Nombre* *Relación con el niño(a) en SHARE*

Home Address: _____
Dirección: Street/ PO Box *Calle/Buzón* Town/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Telephone Information: _____
Teléfono Home Phone/Número de teléfono en casa Cell Phone/Teléfono Celular

Required Identification Information: _____
Identificación Requerida Driver's License Number/ Número de Licencia State/Estado



Caring for families of children with special needs

PERMISSION/AUTHORIZATION AGREEMENT *PERMISO/ACUERDO DE AUTORIZACIÓN*

Read the following statements carefully and initial in the designated space indicating that you have read, understand, and agree to the provision(s).

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y ponga sus iniciales en el espacio designado indicando que usted ha leído, comprende, y está de acuerdo con los términos:

- _____ **1. I have fully disclosed to S.H.A.R.E. all pertinent facts/information about my child's special needs and accept full responsibility for failure to do so. This includes providing updates to any changes in my child's information.**
Yo he revelado completamente a SHARE todos los datos e información pertinente acerca de las necesidades especiales de mi niño(a) y acepto toda la responsabilidad de no hacerlo--esto incluye actualizar cualquier cambio en la información de mi hijo(a).
- _____ **2. I understand that it is my responsibility to notify the Program Director when my child will miss an assigned SHARE night. By contacting the Program Director about the absence in a timely manner, I am allowing a family on the waiting list to use my assigned SHARE night. I also understand that failing to notify the Program Director about my child's absence on 3 different occasions will result in being rotated to the waiting list.**
Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar al programa director cuando mi niño(a) no va a asistir a una noche asignada en SHARE. Al hacer contacto rápidamente con el programa director sobre una ausencia, yo permito que otra familia que está en la lista de espera use mi noche asignada. También entiendo que no notificar al programa director sobre la ausencia de mi niño(a) en 3 diferentes ocasiones resultara en ser puesto en la lista de espera.
- _____ **3. I will be responsible for supplying all necessary food, drinks, snacks, medications, diapers/wipes and/or additional special supplies required for my child.**
Yo seré responsable de proporcionar toda comida, bebida, medicamentos, pañales/toallitas y/o otras cosas/suministros especiales que requiere mi niño(a).
- _____ **4. I will check in all medicines, equipment, and over the counter medications with the nurse and sign a Medication Authorization and Administration Form each month upon check-in. I understand that the responsibility to pick up all medicines from the nurse at check-out is mine.**
Voy a comprobar en todos los medicamentos, equipos y medicamentos de venta libre con el enfermera y firmar un formulario de Autorización de Medicamentos y Administración de cada mes en el check-in. Entiendo que la responsabilidad de recoger todos los medicamentos de la enfermera en el check-out es mío.
- _____ **5. In case of an emergency/accident, I understand that the Midland/Odessa EMS will be called if deemed necessary by the SHARE nursing staff. I authorize the SHARE nursing staff and the EMS to administer any medical treatment, medication or appliance deemed necessary by the SHARE nurse and/or EMS. I also authorize transportation to the nearest appropriate medical facility, as determined by EMS. I understand I will be responsible for payment of all EMS, hospital, and physician charges for emergency services rendered to my child.**
En caso de emergencia/accidente, yo comprendo que se llamara a los servicios de emergencia de Midland/Odessa EMS si lo considera necesario el personal de SHARE. Yo autorizo al personal de SHARE y al EMS que administre cualquier tratamiento médico, medicamento, u aparato que se considere necesario por la enfermera de SHARE o por EMS. También autorizo el transporte a la unidad médica más cercana, según lo determine EMS. Entiendo que seré responsable de pagar el costo de todos los cargos del EMS, hospital, y médicos por servicios de emergencia proporcionados a mi niño(a).



Caring for families of children with special needs

- _____ 6. **Because we are committed and concerned about your child’s safety and your peace of mind, we will require you to provide a cell phone/pager where we can reach you in case of emergency. If you do not have a cell phone/pager, you will need to make arrangements to have one available for SHARE nights. Respite care CANNOT be provided unless we have a way to contact you in case of an emergency.**
Porque estamos comprometidos y preocupados por la seguridad de su niño(a) y por su tranquilidad, se requiere que usted nos dé un número de teléfono celular donde podamos localizarlos en caso de emergencia. Si usted no tiene celular, necesitara hacer arreglos para tener uno disponible en sus noches de SHARE. NO SE PUEDE proveer cuidado en SHARE sin que tengamos una manera de comunicarnos con usted en caso de emergencia.
- _____ 7. **I understand I will be required to review and update the SHARE application, Individualized Care Plan, and Behavior Questionnaire every 12 months. In addition, I understand I will be required to resubmit these forms every two years.**
Yo entiendo que se requiere revisar y actualizar la aplicación de SHARE, el Plan de Cuidado Individualizado, y el Cuestionario de Comportamiento cada 6 meses. Adicionalmente, entiendo que se requiere renovar estos formularios cada dos años.
- _____ 8. **I understand I will be required to sign a Permission and Waiver to Dispense Medication(s) form annually.**
Yo entiendo que se requiere que firme un Permiso Para Administrar Medicamento(s) y Deslinde de Responsabilidad anualmente.
- _____ 9. **I will be responsible for picking my child up at 10:00 pm. Since SHARE pays its caregivers on an hourly basis, a late pick-up fee will be charged to the parents at the following rates:**
Seré responsable de recoger a mi hijo a las 10:00 pm. Desde COMPARTIR paga a sus cuidadores por horas, una tasa de recogida tardía se cargará a los padres en las siguientes tarifas:
- 5 minutes-\$2.50*
 - 10 minutes-\$5.00*
 - 15 minutes-\$7.50*
 - 30 minutes-\$15.00*
- _____ 10. **I understand that I may receive in-home respite hours as long as funding is available. A lack of funding may mean that in home respite care may be discontinued.**
Entiendo que puedo recibir en el hogar horas de respiro, siempre y cuando la financiación es disponible. La falta de financiación puede significar que en el cuidado de relevo en casa puede ser descontinuado.
- _____ 11. **I understand that to request in-home respite care, I will contact Jennifer Thayer at (432-818-1257, or jthayer@sharewtx.org). Any request that is made directly to the nursing agency will be declined.**
Tengo entendido que para solicitar el relevo en el hogar, me pondré en contacto Jennifer Thayer(432-818-1257, o jthayer@sharewtx.org). Cualquier petición que se hace directamente al la Agencia de enfermería se declinará.
- _____ 12. **I understand that in-home respite hours are currently limited to 4 hours a month. If more hours are available, I will be contacted about their availability. Unused hours do not accumulate from month to month.**
Entiendo que horas de respiro en casa se limitan actualmente a 4 horas al mes. If están disponibles más horas, será contactado acerca de su disponibilidad. Horas no utilizados. No se acumulan cada mes.



_____ **13. I understand that if Nurses Unlimited does not believe that they can provide safe care for my child, then in-home respite services will not be provided.**
Yo entiendo que si enfermeras ilimitado no cree que pueden proporcionar servicios seguros para mi hijo, entonces no se proporcionará servicios de respiro en el hogar.

_____ **14. I will provide SHARE with a proof of diagnosis either by a letter from my child's doctor or the school's most recent diagnosis (which can be found in your child's ARD documents).**
Voy a ofrecer COMPARTIR con una prueba de diagnóstico, ya sea por una carta del médico de mi hijo o el diagnóstico más reciente de la escuela (que se puede encontrar en los documentos de ARD de su hijo).

_____ **15. Because many of SHARE's children have weak immune systems, infections can be very harmful to their health. I will provide SHARE with proof of immunizations. If I object to having my child immunized, I will provide SHARE with an Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit, provided by the Texas Department of State Health Services, signed by my child's pediatrician.**
Debido a que muchos de los niños de SHARE tienen sistemas inmunológicos débiles, las infecciones pueden ser muy perjudiciales para su salud. Voy a ofrecer COMPARTIR con la prueba de las inmunizaciones. Si me opongo a tener a mi hijo a vacunar, proporcionaré COMPARTIR con una exención de vacunas por razones de Conscience Declaración Jurada, proporcionado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, firmado por el pediatra de mi hijo.

_____ **16. If my child has a medical need that that requires specialized treatment in case of an emergency (seizures, allergies, asthma, etc.) I will meet with SHARE staff and the nurse to develop an Emergency Care Plan. I will be responsible for giving the doctor's orders to SHARE and providing updates when there are changes to my child's emergency treatment. I understand that respite care cannot be provided for children with medical conditions until an Emergency Care Plan has been developed.**
Si mi hijo tiene una necesidad médica que requiere tratamiento especializado que en caso de una emergencia (convulsiones, alergias, asma, etc.) me reuniré con el personal de SHARE y la enfermera para desarrollar un Plan de Atención de Emergencias. Voy a ser el encargado de dar las órdenes del médico para compartir y proporcionar actualizaciones cuando se producen cambios en el tratamiento de emergencia de mi hijo. Entiendo que el cuidado de relevo no se puede proporcionar a los niños con condiciones médicas hasta un Plan de Atención de Emergencia se ha desarrollado.

_____ **17. I will not bring my child to respite care if he/she has the following conditions within the last 24 hours:**

- 1. temperature above 100**
- 2. nausea or vomiting**
- 3. diarrhea**

I understand that if my child has had any of these problems, they will not be allowed to stay at SHARE.

No voy a llevar a mi hijo al cuidado de relevo si él / ella tiene las siguientes condiciones dentro las últimas 24 horas:

- 1. temperatura por encima de 100*
- 2. náuseas o vómitos*
- 3. diarrea*

Entiendo que si mi hijo ha tenido alguno de estos problemas, que no se les permite permanecer en SHARE.



Caring for families of children with special needs

Individualized Care Plan *Plan de Cuidado Individualizado*

We appreciate the opportunity to care for your child. Please complete the following information so SHARE will know how to best care for your child. Please complete the form entirely. Please complete an Individualized Care Plan for **each** child that will be coming to SHARE. If you have any questions, do NOT hesitate to ask.

*Le agradecemos la oportunidad de cuidar de su niño(a). Por favor complete la siguiente información para que SHARE sepa como cuidar mejor de su niño(a). Por favor llene el formulario completamente. Debe completar un Plan de Cuidado Individualizado para **cada** niño(a) que asista a SHARE. Si usted tiene cualquier inquietud, no dude en preguntar.*

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Primer Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>	Nick Name <i>Apodo</i>
Date of Birth: ____/____/____ <i>Fecha de nacimiento</i>		Current Age: ____ <i>Edad</i>	Check One: Male Female <i>Masculino Femenino</i>
Current Weight: ____ <i>Peso</i>	Current Height: ____ <i>Altura</i>	Eye Color: ____ <i>Color de ojos</i>	Hair Color: ____ <i>Color de Pelo</i>

MEDICAL INFORMATION *(Información Medica)*

Please describe your child's health needs *(Por favor describa las necesidades de salud de su niño(a))*:

Your Child's Physician Information *(Información sobre el médico de su niño(a))*:

Physician's Name: _____
Nombre de su médico

Office Address: _____
Dirección Street/Calle Town/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Telephone Information: _____
Office Phone/Teléfono de Oficina

Medications your child takes on a daily/regular schedule. Include prescription, herbal, and over-the counter medications.
Medicamentos que su niño(a) toma a diario. Incluye recetas, hierbas, y medicamentos sin receta que toma su niño(a).

Name of Medication <i>Nombre de medicamento(s)</i>	Strength of Medication <i>Dosis</i>	Amount of medication to be given <i>Cantidad que debe administrarse</i>	How taken (by mouth, by rectum) <i>¿Cómo se debe administrar (oral, anal, etc.)?</i>	When taken (time of day when taken) <i>(hora del día en que se debe administrar/dar)</i>

If you need additional space - please use back of this page - If you did add additional meds, please check this box:
Si necesita espacio adicional por favor use la parte posterior de esta página. Si agregó medicamentos adicionales por favor marque el cuadro .



Caring for families of children with special needs

Immunizations? Is your child current on his/her immunizations status? YES NO If no, please describe why below (if your child had any of the childhood diseases instead of the immunizations, please indicate which disease and date/year of the disease):

¿Vacunas? ¿Tiene su niño(a) todas las vacunas al corriente? SI NO Si no, por favor explique porque (si su niño(a) tuvo alguna enfermedad infantil como la varicela o sarampión, por favor indique cual enfermedad y la fecha/año:

WE ARE REQUIRED TO OBTAIN A CURRENT COPY OF YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORD.

PLEASE KINDLY ATTACH A COPY OF YOUR CHILD'S CURRENT IMMUNIZATION RECORD.

If you object to having your child immunized, you must provide SHARE with an Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit, provided by the Texas Department of State Health Services, signed by your child's pediatrician.

SE REQUIERE QUE OBTENGAMOS UNA COPIA ACTUALIZADA DEL RECORD DE INMUNIZACIÓN DE SU NIÑO(A).

POR FAVOR AÑADA UNA COPIA DEL RECORD DE INMUNIZACIONES DE SU NIÑO(A).

Si usted se opone a que su niño vacunado, debe proporcionar COMPARTIR con una exención de vacunas por razones de conciencia Declaración Jurada, proporcionado por el Departamento de Servicios de Salud de Texas, firmado por el pediatra de su hijo.

Does your child have any allergies?

¿Padece de alergias su niño(a)?

Medication? YES NO If yes, please indicate medication name and type of reaction:

¿A medicamentos? SI NO por favor indique el nombre del medicamento y tipo de reacción:

Food? YES NO If yes, please indicate food and type of reaction:

¿A comida? SI NO por favor indique la comida y tipo de reacción:

Insect/Environment/Other? YES NO If yes, please indicate type of allergy and type of reaction:

¿A insectos/ambiente/ otra cosa? SI NO por favor indique a que está alérgico(a) y tipo de reacción:

Latex? YES NO If yes, please indicate type of reaction:

¿Al hule? SI NO por favor indique a que cosa y tipo de reacción:

CARE NEEDS -- Please check the appropriate needs for each section. If "other" please explain.

CUIDADO/NECESIDADES ESPECIALES – Por favor marque con un círculo las necesidades en cada sección. Si marca "otro impedimento", por favor explique:

VISION: Normal Uses Glasses Blind Impaired/Other
VISTA Normal Usa lentes Ciego Otro impedimento: _____

HEARING: Normal Uses Hearing Aides Deaf Impaired/Other: _____
AUDICIÓN Normal Usa aparato Sordo Otro impedimento: _____

MOTOR: Normal for age Impaired/Other: _____
MOTRIZ: Normal para su edad Otro impedimento: _____

Use of assistive device: Walker Crutches Braces Wheelchair Other: _____
Usa aparato(s) Andador Muletas Aparato ortopédico Silla/ruedas Otro _____

Does your child have any special positioning needs? YES NO If yes, please describe:

¿Necesita su hijo(a) estar en cierta posición? SI NO por favor describa:



Caring for families of children with special needs

LANGUAGE/COMMUNICATION:

IDIOMA/COMUNICACIÓN:

Is your child able to communicate with others? YES NO Can your child understand what others say? YES NO
¿Se puede comunicar su hijo(a) con los demás? SI NO ¿Puede entender su hijo(a) lo que otros dicen? SI NO

Please check which type of speech/communication pattern your child has -- if needed please check more than one:
Por favor marque con un círculo que tipo de habla/comunicación tiene su hijo(a)--puede ser más de uno:

- | | | |
|---|--|--|
| Age appropriate speech
<i>Habla apropiadamente para su edad</i> | Only uses simple words
<i>Solo usa palabras básicas</i> | Only uses simple phrases
<i>Solo usa frases básicas</i> |
| Speech is mainly babble like
<i>Balucea (Habla como bebe)</i> | Has no speech
<i>No habla</i> | Communicates with gestures only
<i>Se comunica con gestos solamente</i> |
| Communicates with gestures and some verbal
<i>Se comunica con gestos y algunas verbalizaciones</i> | | Sign Language Only
<i>Únicamente con lenguaje por señas</i> |
| Sign Language with some verbal/gestures
<i>Lenguaje por señas con algunos gesto /verbalizaciones</i> | | Lip reading only
<i>Solo lee labios</i> |

Other: _____
Otro(a): _____

Primary language spoken in the home: _____ Secondary language spoken in the home: _____
Idioma principal que se habla en casa: _____ Idioma secundario que se habla en casa: _____

TOILETING SKILLS:

DESTREZAS DE CUIDADO PERSONAL:

Please check which type of toileting skills your child has achieved -- if needed please check more than one:
Por favor marque con un círculo el tipo de destrezas que su niño(a) ha logrado – puede ser más de una:

- | | |
|---|--|
| Toilets independently
<i>Puede ir al baño independientemente</i> | Diapers Only - Cloth or Disposables
<i>Usa pañales – de tela o desechables</i> |
| Currently being “potty trained”
<i>Se está entrenando</i> | Is “potty trained” but needs assistance
<i>Ya sabe ir al baño pero necesita ayuda</i> |

Requires catheterizations -- schedule of catheterizations: _____
Requiere sonda/catéter – horario:

How does your child indicate a need to use the toilet? Language used, special terminology, certain gestures, etc.
¿Cómo indica su niño(a) la necesidad de ir al baño? Indique el idioma, palabras especiales que usa o ciertos gestos, etc.

Does your child have any special toileting needs/schedules? YES NO If yes, please explain:
¿Tiene su niño(a) alguna necesidad especial para ir al baño u horario especial? SI NO Si es así: por favor explique:

SLEEP HABITS:

HABITOS PARA DORMIR:

At respite care, my child may be placed in: Crib Playpen Floor mat Other: _____
Cuando en su cuidado, mi hijo(a) puede ser puesto(a) en: Cuna Corralito Tapete Otra cosa: _____

My child will be most comfortable when placed: On back On right side On left side On stomach Other: _____
Mi hijo(a) estará más cómodo: De espalda Lado derecho Lado izquierdo De estomago Otra: _____

My child’s usual bed time? _____ Any special bedtime routines? YES NO If yes, please explain:
¿Hora usual de acostarse? _____ ¿Alguna rutina especial al dormir? SI NO Si es así, por favor explique:



BEHAVIOR: Please check any of the behaviors that your child may demonstrate.

COMPORTAMIENTO: Por favor marque con un círculo los comportamientos que su niño(a) pueda demostrar:

Outgoing <i>Extrovertido</i>	Shy <i>Tímido</i>	Plays in groups <i>Juega en grupo</i>	Plays alone <i>Juego solo(a)</i>	Adapts to new situations well <i>Se adapta a situaciones nuevas</i>
Needs assistance in adapting to new situations <i>Necesita asistencia para adaptarse a nuevas situaciones</i>		Sometimes hits, bites, or hurts self <i>A veces pega, muerde o se daña a sí mismo(a)</i>		
Sometimes hits, bites or hurts others <i>Algunas veces pega, muerde o daña a los demás</i>		Sometimes attempts to run away <i>A veces trata de huir</i>		
Responds well to correction <i>Responde bien a corrección</i>	ADD/ADHD <i>Hiperactivo(a)</i>	Other: _____ <i>Otro: _____</i>		

If your child does not respond well to correction, please provide examples of how this is handled.

Si su niño(a) no responde bien a corrección, por favor dé ejemplos de cómo se debe manejar:

Is your child sometime destructive? YES NO If yes, please explain/provide example of behavior and how handled:
¿Es destructivo(a)? SI NO Si afirmó, por favor explique/dé ejemplos del comportamiento y como se debe manejar:

Does your child sometimes threaten others: YES NO If yes, please explain/provide example of behavior and how handled:
¿Suele su niño(a) amenazar a los demás? SI NO Si es así, por favor explique/dé ejemplos del comportamiento y de cómo se maneja:

My child responds to separation from his/her parents by:
¿Cómo responde su niño(a) al separarse de sus padres?

My child is best comforted by:
Mi niño(a) se consuela con:

My child lets someone know what he/she wants or needs by:
¿Cómo hace saber su niño(a) que quiere/necesita algo?

What type of play activities does your child enjoy and/or participate in?
¿Qué tipo de actividades o de juegos disfruta o practica su niño(a)?

OTHER: OTRO:

Any special precautions/additional information we need to know about your child? YES NO If yes, please explain:
¿Hay algunas otras precauciones o información adicional que debemos saber sobre su hijo(a)? SI NO
Por favor explique:



Caring for families of children with special needs

Medical/Health Insurance Information:

Información de Seguro Médico de Salud:

In addition to providing the information below, you will need to provide a current copy of your child's medical/health insurance card.

Aparte de proporcionar la información a continuación, usted necesitará proporcionar una copia actualizada de la tarjeta del seguro médico de su hijo(a).

Insurance Carrier/Provider: _____
(Compañía de Seguro)

Name of Insured: _____
(Nombre del Asegurado)

Social Security Number of Insured: _____
(Numero del Seguro Social del Asegurado)

Policy and/or Group Number(s): _____
(Numero de Póliza/Grupo)

Insurance Verification Telephone Number: _____
(Numero de Teléfono Para Verificar Seguro)

For the safety and security of your child, you will need to attach a current photograph of your child. Please note: you will need to update your child's photograph every year.

*Para la seguridad y el bienestar de su niño(a), usted deberá proporcionar una fotografía actualizada de su niño(a).
Atención: Usted deberá actualizar la fotografía de su niño(a) cada año.*

DATE OF PHOTO: ____/____/____
FECHA DE FOTO: ____/____/____

AGE OF CHILD AT TIME OF PHOTO: ____
EDAD DEL NIÑO(A) EN LA FOTOGRAFIA: ____



Caring for families of children with special needs

BEHAVIOR QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO

Your frankness will help our volunteers provide better care for your child.
Su franqueza ayudara a nuestros voluntarios a proveer mejor cuidado para su niño(a).

Last Name/*Apellido* _____
First Name/*Nombre* _____
Middle Name/*2º. Nombre* _____
Nick Name/*Apodo*

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Current Age: _____ Circle One: Male Female
Fecha de nacimiento *Edad* *Masculino o Femenino*

1. Please describe your child's behavior problem (hits, runs away, throws objects, self-abuse, etc.).
Por favor describa los problemas de comportamiento de su niño(a) (pega, corre, avienta objetos, se daña, etc.)

2. What happens prior to/causes this behavior? Is it usually in response to something else?
¿Qué sucede antes de/o que cause este comportamiento? ¿Es en respuesta a otra cosa?

3. How often does this behavior happen?
¿Qué tan seguido ocurre este comportamiento?

4. In what settings is this behavior likely to occur? (home, school, when with strangers, change in routines, etc.)
¿En qué situaciones es más probable que ocurra? (en la casa, la escuela, con extraños, si cambia de rutina, etc.)

5. What is the most successful way to deal with this behavior?
¿Cuál es la mejor manera de manejar este comportamiento?

6. Can you suggest a positive reinforcer for your child? (items or experiences the child especially enjoys)
¿Puede sugerir algo positivo que usted usa para reforzar el buen comportamiento? (cosas o experiencias que su niño(a) disfruta)

7. Is there any additional information you would like to share about your child's behavior?
¿Hay alguna otra información que usted quiera compartir sobre el comportamiento de su niño(a)?



Permission and Waiver to Dispense Medication(s)

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

SHARE will not dispense any medication(s) to a minor child or other participant until the Permission and Waiver to Dispense Medication(s) form has been completed by a parent or guardian. PLEASE NOTE – THIS FORM WILL BE REQUIRED TO BE SIGNED ANNUALLY.

SHARE no administrara medicamento(s) a un menor u otro participante hasta que el Para Administrar Medicamento(s) Y Deslinde de Responsabilidad haya sido llenado completamente por un padre o guardián. ATENCIÓN – ESTE FORMULARIO DEBE FIRMARSE ANUALMENTE.

I (Yo), _____,
Parent/legal guardian *Padre/guardián legal*

Of (de), _____
Child's name (*Nombre de niño(a)*)

give permission to the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE to administer medication(s) to my child following the guidelines below:
doy permiso a la enfermera, a los empleados, y/o voluntarios de SHARE para que administren medicamentos a mi niño(a) siguiendo estas indicaciones:

I understand it is my responsibility to give the medication(s) directly to the SHARE staff in the original prescription containers, clearly labeled with the following information:
Yo entiendo que es mi responsabilidad darle el medicamento directamente a la enfermera SHARE en el recipiente original de la farmacia, claramente marcado con la siguiente información:

Child's name: _____
Nombre del niño(a)
Name and strength of medication(s) _____
Nombre y dosis del medicamento
Complete dosage instructions _____
Instrucciones completas de dosificación
Prescribing physician's name _____
Nombre del médico que recetó

If the dosage of the medication(s) is different from the original prescription label, a signed letter from the prescribing physician stating different dosage instructions must accompany the medication. The signed letter must clearly state the following information:
Si la dosis del medicamento es diferente al de la etiqueta de la receta original, una carta firmada del médico especificando instrucciones para cambiar la dosis debe acompañar el medicamento. La carta firmada debe claramente dar la siguiente información:

Child's name/*Nombre de niño(a)*
Name and strength of medication(s)/*Nombre y dosis del medicamento*



Caring for families of children with special needs

Complete dosage instructions/*Instrucciones completas de dosificación*
Prescribing physician's name/*Nombre del médico que recetó*

I understand it is my responsibility to sign the Medication Authorization and Administration Record for each SHARE night, I wish medication(s) to be administered to the above mentioned child.

Yo entiendo que es mi responsabilidad firmar la Autorización de Medicamentos y Record Administrativo para cada noche SHARE en la cual deseo que se le administre el medicamento a el niño(a) mencionado.

In all cases the recommended dosage of any medication(s) will not be exceeded.

En ningún caso será excedida la dosis recomendada.

I recognize and acknowledge that there are certain risks of injury in connection with the administration of medication(s) to any minor child. In consideration of SHARE and its agents administering medication(s) to my minor child, I do hereby fully release and discharge the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN from any and all claims from injuries, damages, and losses I or my minor child may have, arising out of, connected with, incidental to, or in any way associated with the administering of medication(s). I further agree to indemnify, hold harmless, and defend the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN from any and all claims resulting from injuries, damages, and losses sustained by me or my minor child and arising out of, connect with, incidental to or in any way associated with the administering of medication(s).

Yo reconozco y acepto que hay ciertos riesgos de daños en conexión con la administración de medicamentos a cualquier menor. En consideración de que SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN administre medicamentos a mi menor, yo libero a la enfermera, a los empleados, y/o voluntarios de SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN de cualquier y todo reclamo de daños y perdidas que sufra mi menor o yo, resultando de, en conexión con, incidental a, o de cualquier manera asociado con la administración de medicamentos. Yo además acuerdo deslindar, dejar libre, y defender a la enfermera, a los empleados, y o voluntarios de SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN de todo reclamo resultando de daños y perdidas sostenidas por mi o por mi niño(a) menor y resultando de, conectado con, incidental a, u en cualquier manera asociado con la administración de medicamentos.

Signature of Parent/Guardian
Firma del Padre/Guardián

Printed Name of Parent/Guardian
Nombre Escrito del Padre/Guardián

____/____/____
Date Signed
Fecha de Firma

Relationship to child above
Relación con e menor



Caring for families of children with special needs

Verification of Medical Information and Waiver of Responsibility
Verificación de Información Médica y Deslinde de Responsabilidad

I (Yo), _____,
Parent/legal guardian (*Padre/Guardián legal*)

Of (de), _____,
Child's name (*Nombre del Menor*)

a minor, hereby release and discharge SHARE, its agents, employees, and any and all persons concerned therewith from any and all liability, claims, and causes of action of any type whatsoever arising out of or in any way connected with said child's participation in the activities of SHARE. I furthermore, with my signature below, indicate I have completed the required forms (Application, Individualized Care Plan, Behavior Questionnaire, and Permission and Waiver to Dispense Medication(s) with current and honest information.

un menor, aquí libero a SHARE, sus agentes, empleados, y cualquier y todas las personas involucradas de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, y causas de acción de cualquier tipo resultando de, o en cualquier manera conectado con la participación de dicho menor en las actividades de SHARE. Además, yo, con mi firma indico que he completado los formularios requeridos (Aplicación, Plan de Cuidado Individualizado, Cuestionario de Comportamiento, y Permiso Para Administrar Medicamentos y Deslinde de Responsabilidad con información veraz y actualizada.

Signature of Parent/Guardian <i>Firma del Padre/Guardián</i>	Printed Name of Parent/Guardian <i>Nombre escrito del Padre/Guardián</i>	_____/_____/_____ Date Signed <i>Fecha</i>
---	---	--

Relationship to child above
Relación con el menor

NOTARY REQUIRED (Se Requiere Notario)

County of _____ in the State of Texas.
Condado de _____ en el Estado de Texas

Before me, the undersigned authority, on this day personally appeared
Ante mí, la autoridad que aquí firma, en este día e se presentó personalmente,

Name of Parent/Guardian (*Nombre de Padre/Guardián*)

known to me to be the person whose name is subscribed above, and acknowledged to me that s/he exacted the name for the purpose therein expressed. (*conocido por mí como la persona cual nombre está suscrito arriba, y ha reconocido que él/ella impuso el nombre para el propósito expresado.*)

Sworn and subscribed before this _____ day of _____ in the year _____.
Jurado y suscrito este (date/fecha) (month/mes) (year/año)

(seal/stamp)
STATE OF TEXAS

Signature of Notary (*Firma del Notario*)

Printed Name of Notary (*Nombre escrito del Notario*)

Notary Public in and for County of _____ in the State of Texas
Notario Público en y por el Condado de _____ en el Estado de Texas
My commission expires: _____
Mi comisión vence



Caring for families of children with special needs

Getting to Know Me

My Name:	Nickname:
Date of Birth:	Today's Date:
A Little About Me:	
My Strengths: (things that are easy for me)	
My Challenges: (communication, feeding, learning, mobility, social, energy, behavior)	
Things to Avoid: (food, activities, and procedures)	
Ways You Can be Helpful to Me:	
My Diagnosis (Diagnoses):	
My Overall Health:	
My Equipment/Assistive Technology: (braces/orthotics, walker, wheelchair, communication device, home O ₂ , insulin pump, nebulizer, suction)	

