

Solicitud de Contacto Padre a Padre



Los padres de niños con necesidades especiales a menudo experimentan emociones muy variables afrontando los desafíos de la vida cotidiana. Esto puede suceder en el momento de recibir el diagnóstico del niño – y volver a ocurrir con diagnósticos sucesivos, y también durante los períodos de transición desde la infancia y hacia la edad adulta.

El conversar con otro padre cuyo niño tiene necesidades similares, puede resultar de mucha ayuda para enfrentar sus experiencias y sus emociones. Nuestros Padres voluntarios de Apoyo pueden ofrecerle apoyo e información .

¿Qué es de Padre a Padre? Nuestro Programa De Padre a Padre pone en contacto a los padres que enfrentan desafíos similares en la crianza de sus niños con necesidades especiales. Estamos convencidos que al compartir experiencias los padres se ofrecen apoyo y fortaleza mutua.

Buscando Apoyo: Frecuentemente los padres se comunican con nosotros buscando a alguien que los escuche – buscando a otro padre que ha enfrentado los mismos problemas o preocupaciones que ellos tienen en este momento. A veces es en respuesta a un diagnóstico nuevo, un desafío reciente, o para recargar sus pilas.

♥ ♥ *En nombre de Family TIES, bienvenido a nuestro Programa De Padre a Padre.* ♥ ♥

Información de los Padres o Guardianes

Nombre _____	Teléfono _____
Relación con el niño _____	Celular* _____
Dirección Postal _____	T.E del trabajo* _____
Ciudad/ Pueblo _____	*Sólo si se le puede llamar allí
Estado, C.P. _____	Horario para llamarle _____
Correo electrónico _____	
Idioma Primario _____	Grupo étnico _____
Otros idiomas que habla _____	Religión (opcional) _____
¿Cómo esta compuesta la familia? (Marque todo lo que sea necesario)	
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Un solo padre
<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Custodio
<input type="checkbox"/> Padrastró	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Otro- Guardián-especifique: _____	<input type="checkbox"/> Vive en pareja

Información del Niño

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _ Niño _ Niña Edad al recibir el diagnóstico _____
Diagnóstico Primario _____
Diagnóstico Secundario _____
Otras preocupaciones _____
¿Reside el niño en la casa? _____ Si no ¿Dónde? _____
Cuestiones específicas _____

—por favor de vuelta la hoja—



Otros Niños

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Diagnóstico? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Diagnóstico? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Diagnóstico? _____

Información adicional que nos ayude a ponerle en contacto con los padres más cercanos a su situación, incluyendo temas específicos que le gustaría conversar con el Padre de Apoyo:

Al firmar debajo, doy permiso a Family TIES of Massachusetts para compartir información con el Padre de Apoyo. Entiendo que este padre me llamará cuando este formulario esté completo y sea devuelto al Coordinador de Padre a Padre.

Firma del Padre _____ Fecha _____

**Envíe por correo el formulario completo a : Gloria Klaesges
Family TIES of Massachusetts Parent-to-Parent Coordinator
MDPH-WRHO, 23 Service Center, Northampton, MA 01060**

Para preguntas o comentarios, comuníquese con su Coordinador Regional de Family TIES o llame a la línea gratuita: 800-905-TIES (8437).

www.massfamilyties.org

♥ ♥ *En nombre de Family TIES, le damos la bienvenida al Programa de Padre a Padre.* ♥ ♥

<i>Referral Notes</i>	<i>P2P Office Notes</i>	<i>2-11</i>
Referral from: _____	Intake Process Begun: _____	
Program: _____	Initial Parent Call: _____	
Region: _____	Support Parent Confirmed: _____ ID: _____	
Caller ID: _____	Process Completed: _____ EM Sent: _____	