

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Centro: | Nombre: | Nombre: | Nombre: | Nombre: |
| PCID: | Requisitos generales para las personas del centro §3270.33 | | | |
| | (Seleccionar uno) <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> Persona del centro | (Seleccionar uno) <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> Persona del centro | (Seleccionar uno) <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> Persona del centro | (Seleccionar uno) <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> AGS <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> Persona del centro |
| Fecha de la inspección: | Horario de trabajo: | Horario de trabajo: | Horario de trabajo: | Horario de trabajo: |
| Representante de la certificación: | Habitación/ubicación: | Habitación/ubicación: | Habitación/ubicación: | Habitación/ubicación: |
| Fecha de contratación/Primer día al cuidado de niños | | | | |
| Fecha de nacimiento §3270.31(a)(b)(c)/ §3270.192(2)(i) | | | | |
| Dirección del empleado en el registro §3270.192(1) | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| ¿Se requieren certificados de antecedentes fuera del estado? <i>Se requieren si residió fuera de PA en los últimos 60 meses. En caso afirmativo, consulte el apéndice sobre este tema.</i> | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| Seguimiento del certificado de antecedentes requerido, si corresponde. | * Complete la sección solicitada solo si se contrató provisionalmente al personal durante el año anterior. | | | |
| Fecha: huellas dactilares para el FBI del DHS o solicitadas por la Policía Estatal (donde sea que esté incompleto) | | | | |
| Fecha: Solicitada por NSOR | | | | |
| Fecha de finalización de la contratación provisional de 45 días | | | | |
| Fecha de suspensión/Fecha de reincorporación | | | | |
| Seguimiento del certificado de antecedentes de PA recibido | ANTERIOR | ACTUAL | ANTERIOR | ACTUAL |
| Fecha: Certificado de antecedentes de la Policía Estatal | | | | |
| Fecha: Certificado de antecedentes de abuso infantil | | | | |
| Fecha: Certificado de antecedentes del FBI del DHS | | | | |
| Fecha: Certificado del NSOR | | | | |
| Fecha: Declaración de confidencialidad | | | | |
| Documentación adicional requerida | | | | |
| Fecha: Evaluación de la salud §3270.192(3)/§3270.151(c)(1) | | | | |
| Lectura o resultados de la prueba de Mantoux (marque uno) §3270.192(3)/§3270.151(c)(2) | <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG Fecha: | <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG Fecha: | <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG Fecha: | <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG Fecha: |
| Firma del MD/CRNP/PA §3270.151(b) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Educación y experiencia §3270.34/ §3270.34/ §3270.35/ §3270.36/ §3270.37/ §3270.192(2)(ii)/(iv) | | | | |
| Dos referencias escritas de personas que no sean familiares, §3270.192(5) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Capacitación previa al servicio de 90 días: §3270.14/ §3270.21 completado antes de trabajar a solas con niños | ANTERIOR | ACTUAL | ANTERIOR | ACTUAL |
| Fecha: Capacitación en RCP o primeros auxilios pediátricos §3270.31(e)(4)(i)/ §3270.31(f)(10) * Instructor autorizado de capacitación y del PQAS | | | | |
| Fecha: Capacitación obligatoria para informadores §3270.32(a) | | | | |
| Fecha: Capacitación en salud y seguridad (CCDBG) §3270.31(f-g) | | | | |
| Fecha: Salud y seguridad (CCDBG): actualización, si corresponde §3270.14/ §3270.21 | | | | |
| Requisitos anuales | ANTERIOR | ACTUAL | ANTERIOR | ACTUAL |
| Fecha: Evaluaciones del personal §3270.34(a)(6) | | | | |
| Fecha: Capacitación en planes de emergencia §3270.27(c) solo para voluntarios: §3270.14/ §3270.21 en el momento de la contratación, anualmente y en el momento de la actualización | | | | |
| Fecha: Capacitación en seguridad contra incendios §3270.31(e)(4)(ii) | | | | |
| Fecha: Formación sobre seguridad en el agua §3270.31(e)(4)(iv)/ §3270.115(8), si corresponde | | | | |
| 12 horas de PD anual §3270.31(e) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |

§3270.32(a)/ §3270.192(4)

| Certificado de antecedentes fuera del estado | Nombre: | Nombre: | Nombre: | Nombre: |
|---|---|---------|---------|---------|
| Fecha de contratación/Primer día al cuidado de niños | | | | |
| Estados en los que residió en los últimos 60 meses | | | | |
| Seguimiento del certificado de antecedentes fuera del estado solicitado, si corresponde. | * Complete esta sección solo si se contrató provisionalmente al personal durante el año anterior. | | | |
| Fecha: Solicitud de registro de agresores sexuales fuera del estado | | | | |
| Fecha: Solicitud de antecedentes criminales fuera del estado | | | | |
| Fecha: Solicitud de registro de abuso y negligencia infantil fuera del estado | | | | |
| Seguimiento del certificado de antecedentes fuera del estado recibido | | | | |
| Fecha: Registro de agresores sexuales fuera del estado | | | | |
| Fecha: Antecedentes criminales fuera del estado | | | | |
| Fecha: Registro de abuso y negligencia infantil fuera del estado | | | | |
| Nota: Es posible que algunos estados no exijan un certificado de antecedentes distinto para cada requisito. | | | | |