



Centro de Recursos Swindells

Cuaderno y organizador de cuidados médicos

Creado por:
Centro de Recursos Swindells del centro infantil Providence

Para más información acerca de los servicios Swindells:
800-833-8899, ext. 52429
503-215-2429

**Centro de Recursos Swindells
Providence Child Center (centro de niños)**

***Brindando apoyo a las familias que tienen niños
con necesidades especiales***

830 NE 47th Ave
Portland OR 97213
503.215.2429

Región del sur de Oregon
840 Royal Avenue, Suite 110
Medford, Oregon 97504
541-732-5958

En el área de Columbia Gorge
Pine Grove School
2405 Eastside Road
Hood River, Oregon 97031
541-387-5720

www.ProvidenceOregon.org/swindells

Swindells@providence.org

800.833.8899 x52429



Centro de Recursos Swindells

El presente *Cuaderno de apuntes de cuidados médicos* se ofrece gratuitamente a todas las familias en Oregon y el suroeste de Washington que tienen niños con discapacidad o con necesidades especiales. Pretende ayudar a dichas familias a organizar las muchas partes de la vida del niño de la manera más sencilla que sea posible. Sea que su hijo(a) tenga un diagnóstico médico por trastorno del desarrollo o de salud mental, usted queda al frente de los datos que debe tener consigo cuando acuda a las citas del doctor.

El personal del Centro Swindells ha investigado fuentes de recursos a nivel nacional, regional y local a fin de obtener la mejor información y, conjuntamente con la cuidadosa asesoría tanto de padres como de proveedores, ha desarrollado estas páginas para facilitar y compartir dicha información con educadores, terapeutas y familiares. Agradecemos a los padres de familia, a los abuelos y demás miembros así como a los padres de acogida (*foster parents*) por compartir sus puntos de vista, conocimiento y experiencias durante este proyecto.

Aprenda a usar el cuaderno:

Nos disponemos con mucho gusto para ayudarle en la batalla de papeleo. Llame por favor para hacer una cita a nuestra próxima clase. Traiga consigo sus cajas y bolsas de datos y documentos y le acompañaremos para organizar todo.

¿Cómo obtengo uno de estos cuadernos?

Las familias podrán recibir sin costo un *Cuaderno de apuntes* por cada hijo con necesidades especiales. Tales familias deben llamar al Centro Swindells o enviar por correo-e su pedido.

El Centro Swindells: 503.215.2429 ó 1.800.833.8899 ext: 52429 ó bien:
Swindells@providence.org



¡El cuaderno de apuntes de cuidados médicos le hace la vida más fácil!

Para preparar el cuaderno:

El cuaderno fue creado para ayudar a las familias de niños con alguna discapacidad o necesidad especial del cuidado de la salud, para que puedan organizar las muchas partes tan importantes respecto a las necesidades cotidianas del bebé.

A medida que cuida a su hijo(a) llegan papeles, formularios y cartas además de otros documentos que quizá no sepa cómo usar o archivar. El cuaderno le sirve para compartir dichos datos con la familia, así como con los equipos de educación y de salud del niño.

Use su cuaderno para:

- Compartir con la familia y con quienes cuidan a los niños, con las amistades: la rutina, preferencias del niño, así como sus necesidades.
- Conservar el historial médico y expediente del de su hijo.
- Anotar cambios en los medicamentos o tratamientos del niño.
- Tener en un solo lugar y a la mano todas las pruebas y citas.
- Tener listo el historial médico familiar.
- Hacer un listado de números de Tel. de proveedores sanitarios y otras agencias de apoyo comunitario.

Consejos para tomar en cuenta sobre el uso eficaz de su cuaderno

Conserve el cuaderno donde sea fácil de hallar y llévelo consigo a todas las citas con el médico y a terapias.

Añada información nueva cada vez que haya un cambio en la rutina diaria del bebé, en horarios o tratamiento.

En los consultorios le pueden hacer copias de las evaluaciones, vacunas, y notas del especialista para que usted las coloque en su cuaderno.

Junte los papeles y demás documentos que tenga del bebé, sean las recetas de medicamentos, de récords médicos, de resúmenes de estancias en el hospital, necesidades de alimentación y medicinas.

Dele un vistazo a su cuaderno

¿Qué páginas le podrían ayudar a rastrear la información tocante a la salud o atención médica de su bebé?

Seleccione las páginas que le gusten. ¡Haga que el cuaderno le funcione y sirva! Si desea páginas adicionales llámenos.

Determine qué información es la más importante para anotar en su cuaderno

¿Qué información busca mayormente?

¿Qué tipo de información pudieran necesitar quienes atienden a su niño?

Arme las secciones del cuaderno.

- Personalice la portada del cuaderno con una foto del niño o algo que él o ella diseñó. ¡Que sea sólo suyo!
- Cada quien tiene diferentes maneras de organizar datos. Lo importante es que resulte fácil para que USTED localice la información necesaria.
- Divisores de lengüeta: puede hacer y organizar así su propia división de secciones de información.
- Divisores con bolsillo: para guardar reportes y materiales sueltos.
- Páginas de plástico: para tarjetas de negocio, tarjetas de compañías de seguros, fotos, etc.

Centro de Recursos Swindells

- Una perspectiva de parte de los padres de familia.

Les agradezco su consideración y actitud cuando...

- Recuerdan que es normal y saludable sentir a veces enojo o negación cuando me agobia la enfermedad de mi hijo(a).
- Se dan cuenta que estoy luchando para conservar y balancear mis ánimos bajo una situación de confusión y de desafíos.
- Reconocen que las necesidades de salud de mi niño tampoco van a eliminar los demás retos de la vida real que toda familia afronta: las cuentas a pagar, el estrés laboral, los problemas de plomería en casa, horas insuficientes cada día.
- Me escuchan decir que algo anda mal: conozco a mi niño. Ayúdenme a resolver el rompecabezas de modo que ambos –ustedes y yo– podamos entender qué es lo que sucede. Si me dicen que el problema pasará a medida que mi niño crezca, sólo hará que me sienta frustrada, y puede resultar dañino a mi hijo.
- Me ayudan a sentirme competente como socio de atención médica. Tengo que serlo. Mi hijo depende de mí para todo.
- Me ayudan a encontrar la información necesaria para entender la afección de mi niño. De ser necesario, mándenme con otros proveedores o centros de recursos. Díganme qué libros y artículos son mejores; mientras más sepa de mi hijo, mejor podré trabajar con él.
- Se dan cuenta que nunca me podrán decir demasiado sobre lo que afecta a mi hijo. Tal vez no logre asimilarlo todo a la vez, de modo que quizá me lo tengan que repetir.
- Me ayudan a disfrutar las más pequeñas de las victorias y a reconocer las limitaciones de mi hijo como lo que son.
- Me mantienen informada de todo, incluso de las referencias a otros médicos. Llámenme, envíenme una tarjeta, háganme saber que no se han olvidado de mi hijo o que se les haya perdido en una maraña de papeleos administrativos.
- Ven a mi niño como un ser entero, no sólo como un diagnóstico.
- Trabajan con los demás profesionales que forman parte de la atención médica de mi hijo. Cada uno de nosotros sólo representamos una pieza del rompecabezas.

Espero que no sea mucho pedir, ¿qué opinan ustedes?

Creado por: el comité Swindells de asesoría familiar, 2007

DATOS DE LA SALUD

Esta sección ofrece datos que usted u otra persona cuidadora pudiera necesitar para dar a conocer el estado de salud de su niño. Dicha información incluye:

- Resumen médico de la salud
- Datos de contacto en caso de una emergencia
- Poder notarial médico
- Información respecto a cambios en el plan de tratamiento
- Historial médico personal y familiar
- Datos del seguro médico
- Registro de citas al médico
- Información respecto a medicamentos –pasados y presentes
- Atención en hospitales y cirugías
- Listado de proveedores sanitarios y especialistas
- Listado de equipo especializado y vendedores del mismo
- Resúmenes de cuidados específicos necesarios
- Datos y registro de la salud bucal
- Datos y registro de salud del comportamiento

EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

Nombre del niño: _____ Apodo: _____

Fecha nac. del niño: _____ No. SS niño: _____

Principal idioma / medio de comunicación: _____

Padres / guardianes, nombres: _____

Parentesco con el niño: _____

Domicilio: _____

Tel. de contactos de emergencia: _____

(Cel.)

(casa)

(trabajo)

Nombre de la Esc.: _____ Tel: _____

Descripción gral. sexo: _____ estatura: _____ peso: _____

(foto aqui)

Color de cabello: _____ Color de ojos: _____

Cicatrices o lunares: _____

Anteojos: *Sí* *No* Dispositivos auditivos: *Sí* *No*

Diagnóstico primario: _____, y co-existente: _____.

Medicamentos:

Dosis:

Hora:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Alergias: _____

Contactos de emergencia –nombre y parentesco: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Médico, atención primaria: _____ Tel: _____

Especialista: _____ Tel: _____

Especialista: _____ Tel: _____

Otros datos de mi niño en caso de emergencia (sensibilidades, ataques, eventos anteriores):

PODER NOTARIAL MÉDICO:

Yo, _____ doy permiso a las siguientes

(nombre de uno de los padres o guardián legal)

personas para tomar decisiones con respecto al tratamiento médico de mi niño:

_____, en caso de presentarse la necesidad.

(nombre del niño)

El poder notarial se otorga para casos de atención médica o dental de emergencia, incluso, de ser necesaria, la anestesia. Dicho consentimiento es efectivo a partir de esta fecha y permanece vigente hasta la fecha aquí indicada, a menos que por alguna razón sea revocado:

(fecha)

Nombre:

Domicilio: _____

Tel: _____; celular: _____

Nombre:

Domicilio: _____

Tel: _____; celular: _____

Nombre:

Domicilio: _____

Tel: _____; celular: _____

NOTARÍA



Nombre del padre o madre: _____

Su firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la notaría: _____

Firma notario: _____ Fecha: _____

DATOS Y RESUMEN MÉDICO DE MI HIJO(A)

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha nac.: _____ No. SS: _____ Tipo sangre: _____

Diagnóstico primario: _____

Compañía de seguro: _____ # ID _____ # Grupo _____

Idioma principal que se habla en casa: _____

Otros idiomas familiares al niño: _____ Necesita intérprete: Sí No

Padres o guardián(es) legal(es): _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Cel.: _____ Correo-e: _____

NECESIDADES ESPECIAL DE ATENCIÓN MÉDICA:

Alergias: _____

Instrucciones especiales de seguridad / plan en caso de crisis: _____

Dificultades con el movimiento, oído, vista, para pensar: _____

Equipamiento especial, dificultades de tratamiento, descubrimientos inusuales: _____

DATOS DE LA FAMILIA

Hermanos, nombre : _____ edad: _____; nombre: _____ edad: _____;

nombre: _____ edad: _____; nombre: _____ edad: _____.

Otros miembros del hogar: _____.

Contactos en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Cel.: _____ Correo-e: _____

PARA MANTENER AL DÍA AL EQUIPO DE MI HIJO(A)

FECHA:

PARA: _____ DE: _____

ASUNTO: _____ FECHA NAC.: _____

(nombre del niño)

La presente es para mantenerles informados de un cambio en el tratamiento de mi niño. Se ha tomado la siguiente acción por parte de: _____.

(nombre y título del profesional)

Facilitaron el siguiente servicio a mi niño: _____,

y pueden ser contactados al siguiente teléfono y domicilio: _____

_____.

Cambio de medicación

Cambio de dosis: de _____ a _____.

Tipo de medicación: de _____ a _____.

Cambio en el plan de tratamiento _____

_____.

Cambio en el plan de educación individualizado ('IEP' en inglés) _____

_____.

Anexo reporte u otro documento (copias) de análisis de laboratorio que incluyen: _____

_____.

Otros cambios importantes en la vida de mi niño: _____

_____.

Favor de incluir dicha información en el expediente de mi niño. Me pueden llamar al número:

_____ a las siguientes horas: _____.

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

HISTORIAL MÉDICO

Se desconoce el historial del parto

Nombre del niño: _____ **Fecha Nac.:** _____

Embarazo / historial del parto

Fumadora: Sí No Cuánto: _____

Alcohol durante el embarazo: Sí No Cuánto: _____

Drogas ilegales en el embarazo: Sí No Tipo / cuánto: _____

¿Complicaciones o enfermedad durante el embarazo o parto (ictericia, prematuro, etc.)? _____

Peso al nacer ____lbs. ____oz. Puntuación del test APGAR _____. Largo: _____ pulg.

Tipo de sangre del bebé: _____ Fecha del examen físico más reciente: _____.

| Vacunas: | | | | | | Vacunas: | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| Fechas: | | | | | | Fechas: | | | | | |
| DTaP | | | | | | HEP A | | | | | |
| Polio | | | | | | HEP B | | | | | |
| MMR | | | | | | Rotavirus | | | | | |
| HiB | | | | | | PCV | | | | | |
| Varicella | | | | | | Td | | | | | |
| PPD / Mantoux | | | | | | HPV | | | | | |

¿Tiene su niño un historial de cualquiera de las siguientes afecciones?

| | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resfrío | <i>Otros casos / fecha:</i> | <input type="checkbox"/> Labio hendido (leporino) | <i>Otros casos / fecha:</i> |
| <input type="checkbox"/> Infección pulmonar | | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | |
| <input type="checkbox"/> Influenza | | <input type="checkbox"/> Ataques | |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | |
| <input type="checkbox"/> Infección del oído | | <input type="checkbox"/> Estreñimiento / diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre alta | | <input type="checkbox"/> Lesión de cabeza | |
| <input type="checkbox"/> Problema de la vista | | <input type="checkbox"/> Coma | |
| <input type="checkbox"/> Anginas | | <input type="checkbox"/> Trastorno metabólico | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | | <input type="checkbox"/> Desarrollo deficiente | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | <input type="checkbox"/> Anemia | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Problema del corazón | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Otros: | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Alergias Favor de listar: ¿Cómo reacciona?: | <input type="checkbox"/> Síndrome genético Favor de especificar: |
| <input type="checkbox"/> Fracturas Favor de especificar: | <input type="checkbox"/> Cirugías Favor de especificar: |

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Se desconoce el historial de salud familiar

| PROBLEMA | PARENTESCO (PADRES, HERMANOS, ABUELOS, ETC.) | EDAD AL SER DIAGNOSTICADO |
|----------------------------|--|---------------------------|
| Alcohol / drogas ilegales | | |
| Alergias | | |
| Problemas del corazón | | |
| Síndrome de Down | | |
| Artritis | | |
| Problemas vasculares | | |
| Dificultad al comer | | |
| Estómago / intestinal | | |
| Pérdida auditiva | | |
| Discapacidad intelectual | | |
| Retraso del desarrollo | | |
| Enfermedad mental | | |
| Emocional / comportamiento | | |
| Problemas respiratorios | | |
| Asma | | |
| Ataques | | |
| Habla y lenguaje | | |
| Riñones y vejiga | | |
| Ojos / vista | | |
| Diabetes | | |
| Espectro autista | | |
| Trastorno genético | | |
| Derrame cerebral | | |
| Cáncer | | |
| Otros | | |

Otros comentarios o datos de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DEL SEGURO

Compañía aseguradora: _____

de póliza o identificación: _____ # de grupo: _____

Contacto personal / título: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Compañía aseguradora: _____

de póliza o identificación: _____ # de grupo: _____

Contacto personal / título: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Compañía aseguradora: _____

de póliza o identificación: _____ # de grupo: _____

Contacto personal / título: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Seguridad de ingreso suplementario (SSI):

Contacto personal / título: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Otro:

Contacto personal / título: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE SEGUIMIENTO

Averigüe cuál es la cobertura del seguro de su niño para ver si se cubre la terapia o atención médica continuas y cerciórese que esté aprovechando el seguro al máximo.

Nombre del hospital: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Edo., Zip: _____ Internet: _____

Tel. conmutador: _____ Ext. de sala de urgencias: _____

| | | |
|------------------------------|------|-----------|
| # del expediente médico: | | |
| Doctor: | | |
| Otra persona para contactar: | | |
| Resumen del tratamiento: | | |
| Tel: | Fax: | Correo-e: |

| | | |
|------------------------------|------|-----------|
| Clínica, nombre y ubicación: | | |
| # del expediente médico: | | |
| Doctores / terapeutas: | | |
| Tipo de tratamiento: | | |
| Tel: | Fax: | Correo-e: |

| | | |
|------------------------------|------|-----------|
| Clínica, nombre y ubicación: | | |
| # del expediente médico: | | |
| Doctores / terapeutas: | | |
| Tipo de tratamiento: | | |
| Tel: | Fax: | Correo-e: |

HOJA DE REPASO DE CHEQUEO MÉDICO

Use esta página para preparar y llevar registro de las citas médicas.

Mi niño se llama: _____ Fecha de hoy: _____

Motivo para consultar el día de hoy:

| |
|--|
| |
| |
| |

Mis mayores inquietudes son:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Peso: _____ Estatura: _____

Medicamentos que está tomando:

| |
|--|
| |
| |
| |

Notas del médico / el diagnóstico de hoy:

| |
|--|
| |
| |
| |

Medicación e indicaciones:

| |
|--|
| |
| |
| |

Plan de seguimiento:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

DATOS DE MEDICACIÓN

Farmacia: _____ Tel: _____

Domicilio: _____ Fax: _____

Alergias a medicamentos: _____

| MEDICAMENTO Y NÚMERO DE RECETA | FECHA DE INICIO | FECHA DE PARO | DOSIS | INDICACIONES: (CUÁNTO, TIEMPO AL TOMARSE, MÉTODO ADMINISTRADO, EFECTOS SECUNDARIOS, INSTRUCCIONES ESPECIALES) | RECETADO POR: (NOMBRE / TEL.) |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|-------|--|----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS / DENTALES

Proveedor de atención primaria:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Pediatra del desarrollo:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Hospital de preferencia:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Dentista:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Ortodontista:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor de atención especializada:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

PROVEEDORES DE SERVICIOS TERAPEUTAS

Terapeuta ocupacional (en inglés también llamados 'OT'):

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Terapeuta del habla y del lenguaje (en inglés también llamados 'SLP'):

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Terapeuta físico (en inglés también llamados 'PT'):

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Terapeuta de salud mental:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Audiólogo:

Fecha de 1era consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Specialty Care Provider:

Sitio Internet: _____

PROVEEDORES DE SERVICIOS EQUIPO / SUMINISTROS

Nombre del equipo: _____

Descripción: (marca, número de modelo, tamaño)

Fecha de recibido: _____ Vendedor: _____

Contacto: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-el: _____

Sitio Internet: _____

Nombre del equipo: _____

Descripción: (marca, número de modelo, tamaño)

Fecha de recibido: _____ Vendedor: _____

Contacto: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-el: _____

Sitio Internet: _____

Nombre del equipo: _____

Descripción: (marca, número de modelo, tamaño)

Fecha de recibido: _____ Vendedor: _____

Contacto: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-el: _____

Sitio Internet: _____

Nombre del equipo: _____

Descripción: (marca, número de modelo, tamaño)

Fecha de recibido: _____ Vendedor: _____

Contacto: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-el: _____

Sitio Internet: _____

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

AFECCIONES DE LA PIEL

Use esta página para llevar nota de cualquier afección o necesidad especial de la piel de su niño, incluso la sensibilidad o las alergias a las fragancias.

¿Cuál es el estado general de la piel de su niño?

buena seca ronchas moretones llaga de cama lesiones

¿De qué manera trata usted los problemas de la piel?

¿Qué producto(s) para el cuidado del cabello usa para su niño?:

-
-
-

¿Qué producto(s) para el cuidado de la piel usa para su niño?:

-
-
-

¿Qué otros artículos para la el cuidado de la piel usa en el niño?:

-
-
-

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

CASOS DE ATAQUES

No se aplica a mi niño

Si su hijo ha tenido algún ataque, favor de detallarlo: (duración, tipo de movimiento corporal, cambios que le sobrevienen en su color, disparadores reconocidos, etc.):

¿Qué tan frecuente sufre el niño de ataques?: más de 1x al día c / semana c / mes

¿Qué tratamiento le da usted al niño cuando sufre un ataque que dure más de 5 minutos?:

¿Tiene su niño un estimulador de nervio vago? Sí No

¿Tiene una desviación ventrículo peritoneal (en inglés 'VP shunt')? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su revisión más reciente (fecha)? _____

¿Ha estado alguna vez su hijo en dieta cetogénica? Sí No

¿Qué estudios de diagnóstico se le han hecho a su niño? (incluya fecha y resultado):

Escán CT: _____

MRI: _____

EEG: _____

Anote por favor todos los medicamentos que esté tomando su hijo:

-
-
-
-

¿Qué medicamento para ataques ha tomado su niño **anteriormente** pero no ahora?

Depakote Depakene Dilantin Felbatol

Gabitril Lamictal Phenobarbital Tegretol

Topiramate otro: _____

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA SENSORIAL Y COMUNICACIÓN

La vista:

Oftalmólogo /

Clínica: _____ Optometrista: _____

Fecha de la 1^{er} consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: (____) _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Fecha de la consulta más reciente de la vista: _____

Resultados, si los sabe:

Anteojos Lentes de contacto Prótesis Otro: _____

Cirugía / Lasik Historial de retinopatía por prematuro (en inglés 'ROP')

Otros comentarios o información de utilidad:

Audiología / sentido del oído:

Clínica: _____ Audiólogo: _____

Fecha de la 1^{er} consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: (____) _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Fecha de la consulta más reciente de los oídos: _____

Pruebas adicionales: _____

Resultados: _____

Pruebas adicionales: _____

Resultados: _____

Usa dispositivo auditivo Oído der. Oído izq. Ambos oídos

Otros comentarios o información de utilidad:

Habla y comunicación:

Clínica: _____

Patólogo del lenguaje y comunicación: _____

Fecha de la 1^{er} consulta: _____ # expediente médico: _____

Domicilio: _____

Tel: (____) _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Resultados del estudio: _____

_____.

El niño utiliza los siguientes aparatos debido a sus necesidades de comunicación:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Computadora | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano ('ASL') | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Servicio de intérprete | <input type="checkbox"/> Lee labios | <input type="checkbox"/> Libro de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas (inglés) | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA PULMONAR / RESPIRATORIO

No se aplica a mi niño

¿Tiene su hijo un historial de problemas respiratorios? Sí No

Use esta página para detallar dicho historial así como las necesidades de atención.

asma neumonía fibrosis cística tuberculosis
 apnea (interrumpe la respiración) otro: _____

Información adicional:

¿Tiene su niño una cánula (traqueostomía) para respirar? Sí No

Marca y tamaño _____

¿Necesita el niño de tratamientos de oxígeno? Sí No

En caso afirmativo, ¿con cuánta frecuencia?

nunca intermitentemente continuamente

Marque la casilla si su hijo usa:

ventilador: tipo _____ aparato CPAP monitor oxímetro de pulso

Datos de ajuste de dichos aparatos: _____

¿Qué clase de tratamientos o medicamentos respiratorios requiere el niño?

nebulizador Albuterol? ¿O bien, 'puffs'? succionamiento CPT*
 nebulizador Intal? ¿O bien, 'puffs'? rocíos oxígeno
 litros nebulizador Provental? ¿O bien, 'puffs'?

*. – CPT: Chest physical therapy –terapia física del pecho llamada también “clapping” en inglés.

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA MANEJO DEL DOLOR

No se aplica a mi niño

¿Tiene su niño algún problema del dolor?

siempre (diario)

a menudo (menos que a diario)

ningún problema

¿Cuál de estos niveles indica usualmente el dolor de su hijo?

ligero

moderado

severo

¿De qué manera indica el niño que siente dolor?

¿Recurre a medicamentos o tratamientos para aliviar el dolor del niño? Sí

No

En caso afirmativo, favor de anotar:

En caso afirmativo, en qué momento administra usted dicho tratamiento?

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA CORAZÓN / PROBLEMAS CARDÍACOS

No se aplica a mi niño

Nombre de la afección cardíaca:

¿Se le ha hecho alguna cirugía al niño por problemas del corazón? Sí No

Fecha de la cirugía: _____

Fecha de la cirugía: _____

Fecha de la cirugía: _____

¿Se solucionó el problema mediante la cirugía? Sí No

¿Usa el niño un marcapasos? Sí No

¿Toma su hijo algún medicamento regularmente para el corazón? Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar:

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA MUSCULAR / PROBLEMAS ÓSEOS

No se aplica a mi niño

¿Padece, o ha padecido alguna vez el niño uno de estos problemas?:

espasticidad (dureza) flacidez contracción

escoliosis fracturas de hueso:

pie zambo médula anclada (*'tethered cord'*)

Favor de explicar: _____

¿Ha tenido el niño alguna cirugía ortopédica (ósea)? Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar: _____

¿Usa el niño una bomba Baclofen? Sí No

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

ATENCIÓN DENTAL

Clínica dental: _____

Dentista: _____ Fecha de la 1^{era} consulta: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

A fin de prevenir los problemas dentales, todo niño debe recibir atención dental de rutina desde que le aparece el primer diente o bien, antes de su primer cumpleaños (según la Academia American de Odontología). Dicha atención es aún más importante si el niño tiene necesidades especiales de la salud. Antes de examinarlo, conviene que el dentista sepa el estado médico actual del niño y los respectivos tratamientos. Es primordial que el dentista cuente con un listado completo de cada medicamento que el niño esté tomando.

Se le ha hecho saber al dentista del estado médico del niño y de sus afecciones así como las recomendaciones de doctores especialistas.

¿Ha tenido el niño algún problema o mala reacción a tratamientos, cirugías, o anestesia dental anteriores? Marque una casilla: Yes No

En caso afirmativo, díganos: _____

¿Ha tenido el niño dificultades de ansiedad, sensoriales, o reacciones emocionales adversas durante alguna cita dental anterior? Sí No

En caso afirmativo, díganos cómo podemos ayudarle al niño a sobrellevar una situación así:

¿Ha tenido el niño algún sangrado anormal (excesivo o amoratamiento) al habersele hecho algún tratamiento anterior? Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar:

Otros comentarios o información de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA
SALUD BUCAL, TRATAMIENTO DENTAL.

| FECHA | PROCEDIMIENTO / MOTIVO DE LA CONSULTA | RESULTADOS | SEGUIMIENTO |
|-------|--|------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

SALUD DEL COMPORTAMIENTO PARA SOBRELLEVAR Y TOLERAR EL ESTRÉS

Puntuación del coeficiente intelectual del niño: _____. Edad adaptativa: _____.

Evaluación del CI ('IQ'), fecha: _____ Evaluación de edad, fecha: _____.

No se ha evaluado el CI del niño

No se ha evaluado la edad adaptativa

Modulación sensorial:

¿Reacciona demasiado el niño o no lo suficiente al estímulo sensorial (sonidos, tacto, luz, olor)?

En caso afirmativo, favor de explicar: _____

_____.

Habilidades interpersonales:

¿Responde mejor su hijo a los adultos de actividad más apurada? ¿Es paciente y calmado?

¿Tiene estructura o no carece de estructura? ¿Qué tan bien se lleva con otros grupos de niños?

_____.

Habilidades sociales:

¿Es extrovertido o reservado el niño? ¿Cómo sobrelleva las situaciones sociales? ¿Es capaz de

detectar indicadores (señas) sociales? _____

_____.

Modulación emocional:

¿Pasa a veces su hijo por ratos de decaimiento, "se viene abajo"? ¿Qué comportamiento exhibe

antes de decaerse? ¿Le afecta el ruido o alguna situación agitada? ¿Se frustra fácilmente?

¿Qué situaciones pudieran causar en él o ella una respuesta emocional negativa?

_____.

¿Cómo se calma a sí mismo el niño? _____

¿De qué manera pueden los adultos calmar a su hijo? _____

¿Cómo logra el niño sobrellevar una transición? _____

¿Cómo pide ayuda el niño? _____

¿Qué táctica, palabras o método de recompense utiliza usted para ayudar al niño cuando se siente frustrado, ansioso, sobre estimulado, etc.? _____

Favor de describir situaciones o casos que serían difíciles para su hijo y la manera que usted lo conforta:

RUTINA FAMILIAR Y DE CADA DÍA

Esta sección ofrece recomendaciones que usted u otra persona cuidadora pudieran necesitar para atender a su niño(a). Dicha información contempla:

- Declaración personal del niño (véase siguiente página)
- Círculo de apoyo para la familia
- Listados de proveedores de servicios
- Datos acerca de:
 - Dieta
 - Uso del excusado
 - Hitos, momentos de gran evento
 - Rutinas
 - Necesidades y ciclos (patrones) para dormir
 - Comunicación
 - Movilidad
 - Interacción y juego social
 - Atención en casa
 - Transporte

CONÓZCANME POR FAVOR, ¿SÍ?

Mi nombre: _____ Apodo: _____

Mi cumpleaños: _____ Fecha de hoy: _____

Que ¿quién soy? Según yo, soy de esta manera:

Mis atributos e intereses son:

Mis retos y dificultades son:

Mi comunidad (escuela, guardería, lugares favoritos para visitar, para comer):

Mi familia y hogar (con quienes vivo, hermanos o hermanas, abuelos):

Mi diagnóstico es:

EL CÍRCULO DE APOYO DE NUESTRA FAMILIA

Use esta página para ayudarse a pensar acerca de la gente, grupos o agencias y programas que le puedan brindar apoyo práctico, logístico o emocional a su familia y a su hijo. Este listado aumenta y evoluciona a medida que expanda dicho círculo de apoyo personal.

| Gente y organizaciones: | Correo-e / Tel. | Apoyo que ofrecen |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|

Miembros de la familia:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Amistades:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Personal docente de la escuela:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Atención de relevo y descanso de paga, de voluntarios o de cooperativa:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Comunidad religiosa:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Programas comunitarios de apoyo:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

PROVEEDORES DE SERVICIOS APOYO A LA FAMILIA

Programa de padres de familia a padres de familia (*'Parent to Parent'*):

Persona a contactar: _____
Domicilio: _____
Tel. _____ Fax: _____ Correo-e: _____
Sitio Internet: _____

Grupos de, o clases para, padres:

Persona a contactar: _____
Domicilio: _____
Tel. _____ Fax: _____ Correo-e: _____
Sitio Internet: _____

Organización eclesiástica o religiosa:

Persona a contactar: _____
Domicilio: _____
Tel. _____ Fax: _____ Correo-e: _____
Sitio Internet: _____

Servicios de la salud del comportamiento o de consejería:

Persona a contactar: _____
Domicilio: _____
Tel. _____ Fax: _____ Correo-e: _____
Sitio Internet: _____

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA DIETA Y NUTRICIÓN

Mi niño está tomando, o tomó, leche de pecho: Sí No

Si está amamantando al bebé, ¿qué tan seguido?

cada 1.5 horas cada 2 a 3 horas cada 4 horas, o: _____

Si está alimentando al niño con formula, anote la marca: _____

¿Qué tan seguido se alimenta su hijo diariamente?

cada 1.5 horas cada 2 a 3 horas cada 4 horas, o: _____

¿Requiere el niño de algún suplemento nutricional? Sí No

En caso afirmativo, anótelo por favor: _____

Anote también toda alergia conocida o restricciones alimenticias:

Anote todas las tácticas, precauciones o equipo especiales que usa al alimentar al niño:

¿Cuenta su familia con alguna rutina especial que ayude a la hora de alimentar al niño?
¿Cuáles?:

Otros comentarios o datos de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

USO DEL EXCUSADO

- ¿Sabe el niño usar el excusado? Sí No

En caso afirmativo, edad del niño: _____

- ¿Con qué frecuencia defeca el niño?

a diario cada 2 a 3 días cada 4 días o más

Necesidades especiales para uso del excusado:

No se aplica a mi niño

- ¿Tiene el niño control natural de su vejiga? Sí No
- ¿Hay un historial de infecciones del tracto urinario? Sí No
- ¿Tiene el niño control natural para defecar? Sí No
- ¿Hay un historial de estreñimiento o de impactación? Sí No
- ¿Sufre de diarrea? Sí No
- ¿Le da laxantes? Sí No

En caso afirmativo, marque las casillas con los tipos de laxante:

Colace Lactulose leche de magnesia
 aceite mineral Senna Miralax otro: _____

- ¿Le pone al niño supositorios o enemas? Sí No

bisacodyl (dulcolax) enema salino enema de fosfato
 ¿glicerina adulto? ¿pediátrico? ¿de bebé? (Fleets) otro: _____

¿Tiene su niño un programa para usar el excusado? Sí No

En caso afirmativo, favor de describirlo: _____

Otros comentarios o datos de utilidad:

RESUMEN DE ATENCIÓN MÉDICA

REGISTRO DE EVENTOS IMPORTANTES (HITOS)

| ACONTECIMIENTO | FECHA / EDAD | APUNTES |
|---|--------------|---------|
| Alzó la cabeza mientras estaba de pancita | | |
| Rodó de pancita a espalda | | |
| Se sentó con ayuda | | |
| Rodó de espalda a pancita | | |
| Se sentó sin ayuda | | |
| Jaló el cuerpo para levantarse con ayuda | | |
| Empieza a moverse andando | | |
| Se puso de pie sin ayuda | | |
| Primeros pasos sin ayuda | | |
| Caminó | | |
| Empezó a comer alimento sólido | | |
| Empezó a balbucear | | |
| Primeras palabras | | |
| Empieza a hablar mediante frases | | |

LAS RUTINAS DIARIAS DE MI HIJO

Use esta página para dar a conocer la rutina de su niño a quienes lo cuidan:

| RUTINA MATUTINA | APUNTES |
|---|----------------|
| Mi hijo está listo para levantarse de la cama cuando... | |
| Lo primero por la mañana, mi niño va a... | |
| Su ropa favorita: | |
| Donde se encuentran usualmente los zapatos: | |
| Rutinas que facilitan vestirlo: | |
| Juguetes que facilitan pasar mejor la mañana: | |
| Para el desayuno mi hijo suele comer... | |
| Alimentos a evitar: | |
| Tiempo que suele tomarse para comer: | |
| Indicaciones de que ya está lleno: | |
| Maneras para animarle a que coma mejor: | |
| Algunas áreas de la casa en las que no debe entrar mi hijo: | |

Use esta página para dar a conocer la rutina de su niño a quienes lo cuidan:

| RUTINA DE DÍA | APUNTES |
|---|----------------|
| Salimos a caminar a (lugar): | |
| Canciones favoritas para escuchar: | |
| Programas favoritos para ver: | |
| Libros favoritos para leer: | |
| Indicaciones de que mi niño necesita siesta o tranquilidad: | |
| Horas para tomar una siesta (y consejos para ello): | |
| Horas para la merienda (y consejos para ello): | |
| Para el almuerzo, a mi niño le gusta comer... | |
| Alimentos a evitar: | |
| Tiempo que toma para comer: | |
| Indicaciones de que ya está lleno: | |
| RUTINA AL ANOCHECER | APUNTES |
| Para la cena, a mi hijo le gusta comer... | |
| Alimentos a evitar: | |

Use esta página para dar a conocer la rutina de su niño a quienes lo cuidan:

| | |
|---|--|
| Tiempo que toma para comer: | |
| Indicaciones de que ya está lleno: | |
| Maneras para animarle a que coma mejor: | |
| Indicaciones que está listo para dormir: | |
| Ritual para la hora de la cama y sus juguetes: | |
| Cosas a evitar en su recámara: | |
| Lo que viste para dormir: | |
| Lo que ayuda a mi niño para quedar dormido: | |
| Que señas o indicaciones ayudan a que se quede en cama: | |
| Mejores métodos para darle su medicina: | |
| Donde se mantienen guardadas las medicinas: | |
| Reglas para ver la TV: | |
| Reglas para escuchar radio: | |

Use esta página para dar a conocer la rutina de su niño a quienes lo cuidan:

Reglas para el tipo de música:

Reglas para el uso de la computadora o vídeo juegos:

Otros comentarios o información de utilidad:

COSTUMBRES Y PATRONES DE MI HIJO PARA DORMIR

Use esta página para indicar los hábitos y rutinas de su niño a la hora de dormir. Mencione cualquier artículo que el niño o niña necesite para confortarse o sentirse seguro.

| | |
|--|--|
| Cómo duerme mi hijo: | |
| Cosas o equipo que le ayudan para dormir: | |
| Rutina y rituales que le ayudan a dormir: | |
| Objetos de seguridad y confort que le ayudan a dormir: | |
| Información de rutinas y colocación para dormir: | |
| Información de medicamentos, dosis y horas para tomar: | |

Otros comentarios o información de utilidad:

LA COMUNICACIÓN DE MI HIJO(A)

Use esta página para dar a conocer los aspectos de la comunicación de su hijo: sus habilidades y medios de comunicación. Incluya el lenguaje de señas, equipamiento necesario, láminas de símbolos, etc., que use el niño para comunicarse.

| | |
|---|--|
| La manera como se comunica mi hijo: | |
| Medios o herramientas que ayudan a mi hijo para comunicarse: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar miedo: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar hambre: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar la necesidad de usar el baño: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar: | |
| Gesticulaciones o imágenes que usa mi niño para indicar: | |

Otros comentarios o información de utilidad:

LA MOVILIDAD DE MI HIJO(A)

Use esta página para dar a conocer información tocante a la habilidad del niño para andar de un lado a otro. Incluya datos relacionados con la asistencia que pueda necesitar, equipamiento para moverse u otra información acerca de cambios de lugar, posicionamiento, etc.

| | |
|---|--|
| La manera en que mi hijo se mueve de un lugar a otro: | |
| Cosas o equipo que ayudan para moverse: | |
| Acciones que mi hijo puede tomar sin ayuda: | |
| Actividades motoras para las cuales necesita ayuda: | |
| Información de rutinas y posicionamiento: | |
| Información de rutinas y cambios de lugar: | |

Otros comentarios o información de utilidad:

DATOS DE INTERACCIÓN Y JUEGO SOCIAL DE MI HIJO(A)

Use esta página para describir la interacción del niño y cómo se lleva con la gente. ¿Hay alguna rutina o lenguaje que le anime a jugar y cooperar con los demás? ¿Tiene usted algún objeto o herramienta que ayude al niño en la transición a otras actividades?

| | |
|--|--|
| La manera en que mi niño muestra afecto: | |
| La manera en que mi niño muestra miedo: | |
| La manera como mi hijo juega con otros niños: | |
| Sus actividades favoritas al estar con otros: | |
| Lo que anima a mi niño a cooperar: | |
| Lo que ayuda a mi hijo en la transición de una tarea a otra: | |

Otros comentarios o información de utilidad:

PROVEEDOR DE SERVICIOS ATENCIÓN EN CASA

Use este formulario para tener a la mano sus opciones de atención de enfermería, de relevo de descanso, o de guardería.

Proveedor: _____ Contacto: _____

Agencia: _____ Disponible a: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor: _____ Contacto: _____

Agencia: _____ Disponible a: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Proveedor: _____ Contacto: _____

Agencia: _____ Disponible a: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Otro personal preferido: _____

Agencia: _____ Disponible a: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Otras alternativas:

PROVEEDOR DE SERVICIOS TRANSPORTE

No se aplica a mi niño

TRANSPORTE ESCOLAR (nombre de la compañía):

Persona a contactar: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Sitio Internet: _____

Consejos para programar el horario: _____

➤ Días para uso del transporte escolar:

LUNES
am / pm

MARTES
am / pm

MIÉRCOLES
am / pm

JUEVES
am / pm

VIERNES
am / pm

TRANSPORTE PARA CITAS MÉDICAS (nombre de la compañía):

Persona a contactar: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Sitio Internet: _____

Consejos para programar el horario: _____

➤ Días para uso del transporte:

LUNES
am / pm

MARTES
am / pm

MIÉRCOLES
am / pm

JUEVES
am / pm

VIERNES
am / pm

OTRAS NECESIDADES DE TRANSPORTE (nombre de la compañía):

Persona a contactar: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Sitio Internet: _____

Consejos para programar el horario: _____

DATOS DE LA ESCUELA

Esta sección señala la manera de mantener y organizar los documentos, evaluaciones, y planes que se generan en el ámbito escolar.

Se recomienda conservar y organizar datos como:

- Copias del plan de servicio individualizado para la familia (en inglés '*IFSP*').
- Copias de los planes de educación individualizada (en inglés '*IEP*').
- Boletas de calificaciones / de notas de rendimiento en el aula.
- Evaluaciones escolares.
- Registro de comunicación con la escuela (avisos, eventos, cartas, etc.).
- Planes de transiciones.
- Información y planes post-preparatoria (nivel '*High School*' en EE.UU.), es decir, planes para la educación más allá de la preparatoria.
- Planes de comportamiento de índole escolar.

PROVEEDORES DE SERVICIOS INTERVENCIÓN TEMPRANA

Distrito Escolar del Condado: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Contacto: _____ Contacto: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Coordinador de recursos familiares: _____

Contacto adicional: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Contacto: _____ Contacto: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

Maestro / terapeuta: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Maestro / terapeuta: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

PROVEEDORES DE SERVICIOS ESCUELAS

PRE-ESCUELA:

Director: _____ Maestras: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

➤ Días que asiste:

LUNES
am / pm

MARTES
am / pm

MIÉRCOLES
am / pm

JUEVES
am / pm

VIERNES
am / pm

ESCUELA:

Director: _____ Maestras: _____

Personal de educación especial: _____

Secretaria de escuela: _____ Enfermera: _____

Consejero / asesor escolar: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

PROGRAMA PARA ANTES O DESPUÉS DE LA ESCUELA:

Director: _____ Contacto: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Sitio Internet: _____

➤ Días que asiste:

LUNES
am / pm

MARTES
am / pm

MIÉRCOLES
am / pm

JUEVES
am / pm

VIERNES
am / pm

TRANSPORTE ESCOLAR PARA ESTE PROGRAMA (nombre de la compañía):

Persona a contactar: _____ Tel.: _____

Consejos para programar el horario: _____

➤ Días para uso del transporte escolar:

LUNES
am / pm

MARTES
am / pm

MIÉRCOLES
am / pm

JUEVES
am / pm

VIERNES
am / pm

RESUMEN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS

TRANSICIÓN A LA ADULTEZ

Use esta página ocasionalmente para analizar la preparación de transición a la adultez así como las responsabilidades y oportunidades que llegan con ella. Si bien este listado no es exhaustivo, esperamos que le anime al diálogo y obtención de recursos.

Fecha: _____

Edad: _____

Atención de sí mismo:

| | Sí | No | Ya casi |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Puedo asearme yo mismo (bañarme, cepillarme los dientes, cabello, vestido). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mi dieta regular es de alimentos saludable. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Preparo mis propias comidas y meriendas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Evito el comportamiento riesgoso (como tomar alcohol o usar drogas ilegales). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Me mantengo activo y hago ejercicio regularmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo un plan para casos de desastres naturales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo buenas amistades y participo en la comunidad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo en orden un plan de transporte y lo pongo en práctica según se necesite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Puedo administrar bien mi dinero y con seguridad o tengo una persona de confianza que me ayuda. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sé y puedo reconocer el tacto indebido de otra gente y sé cómo reportar esa intención. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo información tocante a la pubertad y acerca de mi cuerpo en desarrollo así como de mis sensaciones. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

El cuidado de la salud:

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Llevo consigo datos de mi salud para emergencias así como una tarjeta del seguro en todo momento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo un médico que me atienda cuando cumpla los 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Puedo hacer citas y acudir a éstas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo un listado de los medicamentos que tomo y de las alergias a las medicinas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sé cuándo y cómo tomar los medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Puedo comunicar al médico mis preguntas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Conozco mis propias necesidades de mi salud. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo comprobante de mis vacunas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sé cómo pedir ayuda para asuntos del seguro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo un listado de mis médicos especialistas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tengo seguro médico para cuando sea adulto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mi estado o discapacidad:

- Sé cómo hallar datos sobre mi afección o discapacidad en Internet o en la biblioteca.
- Puedo describir mi afección o discapacidad a mis familiares y amistades.
- Sé qué facilidades requiero a fin de tener éxito en la escuela o en trabajo y sé cómo explicarlo.
- Sé cómo explicar mi discapacidad a un doctor nuevo.
- Estoy enterado de recursos en mi comunidad que son específicos a mi estado.

Recursos comunitarios y gubernamentales

- Tanto mi familia como yo sabemos acerca de la Seguridad de Ingreso Suplementario y del S.S.
- Mi familia y yo hemos hablado sobre los guardianes legales.
- Tengo tarjeta (estatal) de identificación con foto.
- Tengo mi tarjeta de Seguro Social.

Educación:

- He participado en las reuniones del plan educación individualizado (*'IEP'*) y entiendo las metas y el cronograma del mismo.
- He tomado decisiones tocante a mis planes para después de la preparatoria (*'high school'*).
- Estoy enterado de la División de Rehabilitación Vocacional (*'DVR'* en inglés o *'Division of Vocational Rehabilitation'*) y cómo me puede ayudar.

