

# Coordinando el Cuidado

Un cuaderno para ayudar en la organización y coordinación de los servicios y el cuidado de su niño, quién tiene necesidades especiales de salud.



Presentado por el Ministerio de Sanidad del estado de Wyoming, el programa de Children's Special Health (la Sanidad Especial de los Niños), y el programa de la Salud Materna y de la Familia

## **Introducción:**

¿Qué es el cuaderno de “Coordinando el Cuidado?”

Coordinando el Cuidado es una ayuda de organización para las familias quienes tienen hijos con necesidades especiales de salud o con discapacidades. Este cuaderno se ha designado por las familias viviendo en Wyoming.

¿Cómo le puede ayudar, el cuaderno de Coordinando el Cuidado?

En cuidar a su niño con necesidades especiales de salud o discapacidades, es posible que reciba información de muchas fuentes. Este cuaderno existe para que haya solamente un lugar en que puede colocar, guardar y organizar toda la información. También el cuaderno lo hace más fácil compartir información importante sobre su niño con los que participan en el cuidado de su niño.

Utilice “Coordinando el Cuidado” para:

- Rastrear o seguir los cambios en los tratamientos y medicamentos de su hijo
- Mantener la información y los datos de los doctores, hospitales y otras organizaciones de la comunidad que participan en el cuidado de su hijo
- Preparar para las citas
- Archivar información sobre la historia de salud de su hijo
- Compartir información sobre su hijo y el plan de cuidado con todos quienes participan en dicho plan
- Enseñar o entrenar a las personas quienes cuidan a su hijo
- El caso de emergencia

Algunas ideas para usar el cuaderno:

- Guardarlo en un lugar que sea seguro mientras fácil de encontrar
- Añada información nueva al cuaderno cuándo haya cambios en la condición, doctores, tratamientos o medicamentos de su niño
- Se puede llevar consigo el cuaderno a las citas o visitas al hospital para tener toda la información lista

Esperamos que este cuaderno le ayude y le haga mas fácil la organización de la información sobre su hijo(a).

## **Página de Índice**

Secciones:

- 1-----La información y los datos personales y importantes del niño o niña
- 2-----Diarios de la historia de la enfermedad, acontecimientos y síntomas importantes, y el desarrollo y crecimiento del niño(a)
- 3-----Información sobre el seguro (aseguranza)
- 4-----Medicamentos
- 5-----Los Médicos y Especialistas
- 6-----Registros de las citas con los medicos, las visitas al hospital, y otras formas de comunicación
- 7-----Otros proveedores de servicio (terapistas, la escuela, etcetera)
- 8-----Autorización para dar tratamiento medical y medicamentos en el caso de emergencia

**Información del niño(a)**



Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Otro nombre: \_\_\_\_\_ Sobrenombre (si hay): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo (haga un círculo): varón o mujer

Dirección: \_\_\_\_\_  
(si no recibe su correo dónde vive, porfavor apunte aquí la dirección dónde recibe el correo:)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de zip: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_

Color de los ojos: \_\_\_\_\_ Color del pelo: \_\_\_\_\_

.....  
**Disabilidad o condición principal:** \_\_\_\_\_

Disabilidad subordinada: \_\_\_\_\_

.....  
Idioma principal: \_\_\_\_\_ raza: \_\_\_\_\_

Cómo comunica mejor: \_\_\_\_\_

Silla de ruedas? Sí No Aparatos en las piernas? Sí No Camina? Sí No

Cómo oye? Exelente Muy bién Mas o menos Casi no oye

Cómo mira? Exelente Muy bién Mas o menos Casi no mira Lleva lentes? Sí No

Usa más la mano derecha o izquierda? \_\_\_\_\_

Puede entender direcciones? Sí No

Hay aparatos de seguridad especial? \_\_\_\_\_

### **Información personal del niño(a)**

Características de la personalidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo que le gusta: \_\_\_\_\_

Lo que no le gusta: \_\_\_\_\_

Lo que le da miedo (por ejemplo, tormentas, obscuridad, animales, pesadillas, etcetera):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Las cosas favoritas del niño**

Comida: \_\_\_\_\_ música o canción: \_\_\_\_\_

Juguetes: \_\_\_\_\_ libros: \_\_\_\_\_

Personas: \_\_\_\_\_ animales: \_\_\_\_\_

Aficiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién hace la disciplina? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el método de disciplina? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona el niño o la niña? \_\_\_\_\_

¿Tiene berrinches? \_\_\_\_\_ ¿Cómo son? \_\_\_\_\_

### **Habilidades**

Cuidandose:

¿Se puede comer por si mismo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Usa tenedor? Cuchara? Cuchillo?

\_\_\_\_\_ ¿Con ayuda? \_\_\_\_\_

¿Se baña?            Sí    No    Con ayuda

¿Se viste?            Sí    No    Con ayuda

¿Se quita la ropa?    Sí    No    Con ayuda

¿Usa el baño por    Sí    No    Con ayuda  
si mismo(a)?

Indica la edad del niño (la niña) cuando podía:

Levantar la cabeza por si mismo(a) y mantenerla erguida: \_\_\_\_\_  
Voltear: \_\_\_\_\_ Seguir un objeto con los ojos: \_\_\_\_\_  
Jugar con las manos: \_\_\_\_\_ Tratar de alcanzar un objeto: \_\_\_\_\_  
Gatear: \_\_\_\_\_ Llegar a sentarse: \_\_\_\_\_  
Sentarse sin apoyo: \_\_\_\_\_ Pararse usando las muebles: \_\_\_\_\_  
Quedarse parado sin apoyo: \_\_\_\_\_ Caminar solo: \_\_\_\_\_  
Comer comidas del adultos: \_\_\_\_\_ Comer sin ayuda: \_\_\_\_\_  
Hablar: \_\_\_\_\_

Experiencias con la guardería:

¿Cuándo empezó a llevarlo(a) a la guardería? \_\_\_\_\_  
¿Por cuanto tiempo estuvo con la guardería? \_\_\_\_\_  
Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de cuidado proveía? \_\_\_\_\_  
¿Habían experiencias positivas con la guardería? \_\_\_\_\_  
¿Habían experiencias negativas? \_\_\_\_\_

Anote aquí instrucciones especiales para los que cuidan o van a cuidar a su niño(a):

---

---

---

---

Notas:

**Información del niño(a) (continuado)**

ALERGIAS

<u>¿A qué tiene la alergia?</u>	<u>¿Qué pasa?</u>	<u>¿Qué es el tratamiento?</u>	<u>¿En qué fecha supo de la alergia?</u>

Necesidades especiales de alimentos:

---

Otras notas:

## **Desarrollo General**

### **El embarazo y nacimiento**

Problemas con el embarazo y parto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas duró el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Se quedó en el hospital el bebé? \_\_\_\_\_

¿Habían problemas de salud en las primeras dos semanas de la vida de su niño(a)? ¿Que fueron? \_\_\_\_\_

Aquí se puede pegar el anuncio de nacimiento o la tarjeta que estaba en la cuna de su niño al nacer y estar en el hospital

### **La historia médica**

Otros diagnósticos o condiciones: \_\_\_\_\_

¿Quién hizo el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cómo está la salud general de su niño(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los detalles de los tiempos en el hospital, las enfermedades graves, accidentes, o reacciones a las vacunas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene ataques o convulsiones? \_\_\_\_\_

La fecha de la última exámen de la vista: \_\_\_\_\_

La fecha de la última exámen de los ojos: \_\_\_\_\_



### **Información de los Padres/Guardianes**

Madre:           Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_  
Nivel de educación; \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nombre de padrastro: \_\_\_\_\_

---

Padre:           Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_  
Nivel de educación; \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nombre de madrastra: \_\_\_\_\_

---

La Persona      Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
quién cuida    Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_  
al niño (si      Nivel de educación; \_\_\_\_\_  
no es uno de    Patrón: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
los padres)

---

¿Con quién (o quienes) vive su niño? (por ejemplo, hermanos(as), abuelos, madrastra, padrastro, etcetera)

Nombres	Fecha de nacimiento	Relación al niño

## La historia médica de la familia

### Familia de la madre

Relación al niño	Problema de salud/enfermedades	Años
Madre		
Abuela		
Abuelo		
Tía		
Tío		

### Familia de la padre

Relación al niño	Problema de salud/enfermedades	Años
Padre		
Abuela		
Abuelo		
Tía		
Tío		

### Los hermanos de su niño

Relación al niño	Problema de salud/enfermedades	Fecha de nacimiento	Fecha de muerte
hermano			
hermano			
hermana			
hermana			

### Otros parientes

Relación al niño	Problema de salud/enfermedades	Años

**Personas para contactar en el caso de una emergencia**

Si no hay marque aquí: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo o celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo o celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo o celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

**¿Hay alguien mas que se debe de llamar en el caso de emergencia? (pastor, parientes, amigos)?**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo o celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo o celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Religión preferida: \_\_\_\_\_

Iglesia: \_\_\_\_\_

Las creencias o prácticas que pueden afectar el tratamiento del niño(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**Información de Seguro**

Nombre de la compañía de **seguro principal**: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona para contactar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

---

Nombre de la compañía de **seguro secundaria**: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona para contactar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

---

**Cuidado de igualdad (El Medicaid de Wyoming)**

Nombre que aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de RID: \_\_\_\_\_

Asistente social: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del asistente social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

---

**Otro:** \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona para contactar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_



**Proveedores Médicos/Dentales de la Atención Sanitaria**

Proveedor de la atención sanitaria principal (el **médico principal** o pediatra):

\_\_\_\_\_  
Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**El Hospital** de la comunidad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Dentista:** \_\_\_\_\_  
Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Ortodentista:** \_\_\_\_\_  
Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_



**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
Enfermera o asistente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

## **Información para llevar al doctor**

Lleve consigo:

### **Sus preguntas:**

Hay que llegar a las citas con el médico preparado(a) con las preguntas que quiere hacerle. Es un buen idea anotar las cosas que quiere saber del doctor en un cuaderno al pensarlas. Entónces puede llevar consigo el cuaderno con las preguntas a la próxima cita.

### **Algunas cosas para decirle al doctor:**

#### **Cómo está su niño(a):**

- Hay que decirle al doctor cómo han sido las cosas desde la última visita.
- Las buenas cosas—los logros, victorias, tal como los contratiempos.

#### **Las síntomas:**

- Cuáles son
- Cuando empezaron
- Cómo desarrollaron

#### **Los medicamentos:**

El médico tiene que saber todos los medicamentos que está tomando el niño, incluso las vitaminas, las yerbas, Tylenol, ibuprofeno, etcetera.

#### **Alergias o reacciones**

El doctor necesita saber de los efectos que experimenta su niño al tomar cualquier medicina.

---

## **Información para obtener del doctor**

### **Asegurese de pedir las instrucciones para todos los medicamentos:**

- Los nombres de las medicinas
- Por cuánto tiempo debe de tomarlas
- Los efectos secundarios que va a experimentar su niño
- Cuando debe de llamar al doctor
- Si está bien tomar todas las medicinas juntas

### **Asegurese de pedir las instrucciones para terapia o clínicas especiales**

- Nombres de terapias o clínicas (si el o ella tiene unas específicas en mente)
- Para que es
- Si necesita Ud. una receta
- Las fechas de las terapias
- Cómo pagar
- Por cuánto tiempo
- Cómo contactar al terapeuta o la clínica

### **Asegurese de preguntar si necesita regresar para una visita de seguimiento**

- Con quién
- Para que
- Cuando











## El Escribir Cartas

A veces es necesario y bueno escribir una carta. Algunas de las razones de escribir una carta son:

- Discutir o platicar con alguien sobre un problema
- Pedir una evaluación
- Solicitar una reunión
- Ponerse en contacto con alguien
- Pedir los registros de su niño
- Dar comentarios positivos
- Seguimiento

### **¿Qué dice en una carta?**

- Es mejor escribir su propia carta. Las cartas escritas por mano están bien si se puede leer la letra.
- Hay que indicar información de Ud: su nombre, dirección, número de teléfono, condado en que vive, correo electrónico.
- Hay que declarar la razón por la que escribe la carta. Explique cómo el asunto le afecta a Ud., a su niño, y su familia.
- Es bueno contar su historia personal. Si es posible, incluir una foto del niño(a).
- Precisamente, explique las dudas, preguntas y comentarios que tenga, Ud.
- Hay que decir lo que quiere que haga la persona que va a recibir la carta. Es mejor decir lo que quiere que haga, en ves de decir lo que quiere que NO haga.
- Si quiere una respuesta hay que decirselo, y hay que explicar en qué forma quiere la respuesta (si por carta, por teléfono, por reunión, etcetera).

### **Otras cosas de incluir en la carta:**

- Escriba la dirección de Ud., dónde recibe correo dentro de la carta.
- Anote la fecha de la carta.
- Guardar una copia de la carta para su propio registro
- Indique un número de teléfono en que se puede llamar a Ud. durante el día
- Hay que agradecerles por el tiempo y la atención que dan al problema de Ud. y su niño.







## Terapistas

**Terapeuta ocupacional:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Fisioterapeuta:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Logopeda:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Terapeuta:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Terapeuta:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Terapeuta:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Terapeuta:** \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Recursos en la comunidad que pueden ser de apoyo para la familia**

**La oficina de la Sanidad Pública (del Ministerio de sanidad)**

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**El Departamento de los Servicios Familiares (DFS) (la oficina de Medicaid)**

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Servicios de Apoyo Psicológico**

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Otro**

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Otro**

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Otros Proveedores de Servicios**

(Por ejemplo: la enfermera de sanidad pública, administrador(a) del caso, etcetera)

Servicio: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

El contacto: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

El contacto: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

El contacto: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

## **El Cuidado Respiral**

(Cuando Otros Cuidan a su Niño Para Darle Unos Momentos de Respiro o Descanso)

El proveedor(a) del cuidado respiral: \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

El proveedor(a) del cuidado respiral: \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

El proveedor(a) del cuidado respiral: \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

El proveedor(a) del cuidado respiral: \_\_\_\_\_

La fecha que empezó: \_\_\_\_\_ Fecha que dejó: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Cuidado de Los Niños**  
**(Las Guarderías)**

Proveedor(a) del cuidado para el niño: \_\_\_\_\_  
(la guardería)  
Fecha que empezó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Información importante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proveedor(a) del cuidado para el niño: \_\_\_\_\_  
(la guardería)  
Fecha que empezó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Información importante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proveedor(a) del cuidado para el niño: \_\_\_\_\_  
(la guardería)  
Fecha que empezó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
Información importante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Equipo Especial

**De Dónde Viene el Equipo:** \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Equipo:** \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

La fecha que recibí: \_\_\_\_\_ Horario de Servicio: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Equipo:** \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

La fecha que recibí: \_\_\_\_\_ Horario de Servicio: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Equipo:** \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

La fecha que recibí: \_\_\_\_\_ Horario de Servicio: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Equipo:** \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

La fecha que recibí: \_\_\_\_\_ Horario de Servicio: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



## Los Contactos de la Escuela

El Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_

El coordinador(a) de la educación especial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_

Enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_

.....

Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_  
(o email)

El Director(a) de la escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_  
(o email)

Maestra(o): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_  
(o email)

Maestra(o) de educación especial: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_  
(o email)

Asistente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Sitio de Web: \_\_\_\_\_  
(o email)

Autorización para dar Tratamiento Medical en el caso de Emergencia

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacunación para tetanus: \_\_\_\_\_

Medicamentos corrientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones Medicales Crónicos: \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, en que el niño o niña necesite cuidado medical, debido a una enfermedad o otro daño, mientras está el cuidado de \_\_\_\_\_  
Yo autorizo cuidado medical de un hospital, doctor, o dentista para mi niño. Entiendo que un esfuerzo se hará para encontrarme antes de tomar acción. Si no es posible, se pueden hacer los tratamientos que el doctor considera necesarios.

La compañía de seguro que cubre el cuidado del niño es:

Nombre de la compañía; \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nómbre de la persona que lleva la póliza: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Télefono de ACS: \_\_\_\_\_

Autirizo al hospital y el doctor/dentista a dar parte al seguro y al Medicaid, y así dar los beneficios directamente a ellos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ponga una  
foto corriente  
del niño aquí

## **Autorización para Dar Medicamentos**

Nombre de la persona quién recibe el medicamento: \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, padre(s)/guardián(es) de  
\_\_\_\_\_, autorizo(amos) a \_\_\_\_\_

para darle los medicamentos, recetados por el doctor mientras el/ella cuida a  
\_\_\_\_\_, durante mi/nuestra ausencia.

Entiendo/entendemos que es mi/nuestra responsabilidad de proveer toda la información sobre el dosis, y la administración de los medicamentos, y que también tengo/tenemos la responsabilidad de entender los efectos secundarios y reportandolos al doctor.

Entiendo/entendemos que esta autorización tendrá efecto por un año de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián                      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián                      Fecha: \_\_\_\_\_