

Plan de atención médica especial

Para que el consultor o defensor de salud de cuidado infantil lo rellene. El Plan de atención médica especial contiene información sobre cómo adaptarse a los problemas y necesidades de salud especiales de este niño mientras asiste a un programa de cuidado infantil y educación temprana.

Nombre del niño: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del programa de cuidado infantil: _____

Descripción de los problemas de salud:

Describa cada problema de salud: _____

Nombre y cargo del miembro del equipo (incluidos los padres).

Padre o madre/tutor _____

Proveedor de atención médica (doctor, enfermero especialista) _____

Coordinador de la atención del centro _____

Miembros del equipo; otros programas de asistencia fuera del programa de cuidado infantil (nombre, programa, información de contacto, frecuencia)

Fisioterapeuta _____

Terapeuta ocupacional _____

Terapeuta del habla y del lenguaje _____

Trabajador social: _____

Profesional/consultor de salud mental: _____

Defensor de la familia y el niño _____

Otro: _____

Comunicación

El equipo se comunicará: a diario cada semana cada mes Otro _____

El equipo se comunicará por: Notas, Registro de comunicaciones, Teléfono, Correo electrónico, Reuniones en persona, Otro _____ Fechas y horas _____

_____ Se adjunta un Plan de servicio familiar individualizado (IFSP) o Plan de educación individualizada (IEP). Sí No

Necesidades de capacitación del personal

Tipo de capacitación: _____

La capacitación se proporcionará por: _____

La capacitación será supervisada por: _____

Personal que recibirá la capacitación: _____

Fechas de la capacitación: _____

Plan de ausencias del personal capacitado responsable del/los protocolo(s) relacionado(s) a la salud: _____

Plan de atención médica especial

Información médica

Se adjunta la información médica del proveedor de atención médica: Sí No *El proveedor de atención médica contestó el Formulario de intercambio de información <http://cchp.ucsf.edu/content/forms#infoexch>: Sí No*

Se debe administrar medicamento: Sí No

El proveedor de atención médica y los padres han completado el Formulario de administración de medicamento : Sí No

Alergias: Sí No si contesto que sí, indíquelas: _____

Seguridad

Estrategias para apoyar las necesidades del niño y los problemas de seguridad mientras se encuentra en el programa de cuidado infantil: (p. ej., cambio de pañales/uso del baño, juego al aire libre, actividades en círculo de niños, excursiones, transporte, siestas/arreglos para dormir) _____

Equipo especial: _____

Requisitos de posicionamiento: _____

Cuidado/mantenimiento del equipo: _____

Necesidades de nutrición y alimentación

Se ha elaborado un plan de nutrición y alimentación Sí No

Alergias alimentarias: Sí No si contesto que sí, indíquelas: _____

Otras indicaciones de alimentación: _____

Problemas de conducta

Indique los cambios en la conducta específicos que se producen como resultado de la afección o problemas de salud.

Emergencias

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____

Se ha rellenado el formulario de información de emergencia Sí No

Seguimiento, actualizaciones y revisiones

Este Plan de atención médica especial debe actualizarse/revisarse siempre que haya un cambio en el estado de salud del niño o al menos cada _____ meses conforme a la información aportada por los miembros del equipo.

Fecha de revisión y reunión del equipo: / / .

Anexe información adicional, si corresponde. Incluya los episodios inusuales que puedan producirse mientras el niño se encuentra en el centro de cuidado infantil, cómo se debe manejar la situación y los procedimientos especiales médico o de emergencia que podrían requerirse.