Apéndice de Necesidades especiales de atención médica

Este apéndice de Sunny Start Wellness Passport (Pasaporte de Wellness de Sunny Start) contiene información especializada sobre su hijo con necesidades especiales de atención médica. Está pensado como una fuente de información en desarrollo, que garantizará la atención continua, integral y bien informada de esa persona. Todos los niños merecen tener acceso a la atención de la salud física, mental y odontológica de manera coordinada e integral. La mejor manera de brindar esa atención es a través de relaciones fluidas entre los proveedores de atención médica y los cuidadores de la familia.

- Complete los cuestionarios en la computadora o imprima las páginas y complételas con lápiz para poder modificar la información a medida que su hijo crezca. Tenga el pasaporte médico y el apéndice a mano pero en un lugar seguro, para que estén disponibles en caso de emergencia.
- Como cuidador o proveedor de atención médica primario, sírvase ayudar a completar estos cuestionarios. El tiempo que dedique a esa tarea es una inversión en la atención de ese niño.

Índice

Información sobre el niño 2

Antecedentes médicos del niño 3

- Información del nacimiento/ atención prenatal 3
- Cirugías 4
- Transfusiones 5
- Alergias 5
- Antecedentes de medicamentos 6
- Problemas sensoriales 7
- Pruebas psicológicas 9
- Traumatismos 11

Proveedores de IFSP/IEP del niño 12

Esta publicación fue desarrollada por la Iniciativa Sunny Start (Sunny Start Initiative) del Departamento de Salud del Estado de Indiana (Indiana State Department of Health), con fondos del Departamento de Salud Materna y Pediátrica (Maternal and Child Health Bureau), Administración de Servicios y Recursos Sanitarios (Health Resources and Services Administration), Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Para solicitar una copia, llame a la Línea directa de la familia en Indiana: 1-800-433-0746

Información sobre el niño

Fortalezas del niño

_____

_____

_____

Dificultades del niño

_____

_____

_____

Cosas preferidas del niño

Actividades _____

_____

_____

_____

Comida(s) _____

_____

_____

Música _____

_____

_____

Juguetes _____

_____

_____

Programas de TV/películas _____

_____

_____

Amigo(s) (incluir teléfono de contacto) _____

_____

_____

Otras personas importantes _____

_____

_____

Antecedentes médicos del niño

Nombre del niño _____

Primero Segundo Apellido

Información del nacimiento

Nombre del hospital en el que nació _____

Médico(s) _____

Peso al nacer _____ lbs. _____ oz. Estatura _____ pulgadas

Tipo de sangre _____

PUNTUACIÓN APGAR _____ Edad gestacional _____ semanas

Complicaciones al nacer _____

_____

Diagnóstico _____

_____

¿Se administró oxígeno al bebé después del parto? Sí _____ No _____

Atención prenatal de la madre

Habitual _____ Ocasional _____ Ninguna _____

¿Cuándo se inició la atención prenatal? _____

Antecedentes médicos del niño

Cirugías

Fecha _____ Tipo _____

Motivo _____

Reacción _____

Duración de la hospitalización _____

Médico _____ Teléfono _____

Fecha _____ Tipo _____

Motivo _____

Reacción _____

Duración de la hospitalización _____

Médico _____ Teléfono _____

Fecha _____ Tipo _____

Motivo _____

Reacción _____

Duración de la hospitalización _____

Médico _____ Teléfono _____

Fecha _____ Tipo _____

Motivo _____

Reacción _____

Duración de la hospitalización _____

Médico _____ Teléfono _____

Fecha _____ Tipo _____

Motivo _____

Reacción _____

Duración de la hospitalización _____

Médico _____ Teléfono _____

Antecedentes médicos del niño

Transfusiones

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Alergias

Fecha _____ Tipo _____

Reacción _____

Causa sospechada _____

Tratamiento y respuesta _____

Fecha _____ Tipo _____

Reacción _____

Causa sospechada _____

Tratamiento y respuesta _____

Fecha _____ Tipo _____

Reacción _____

Causa sospechada _____

Tratamiento y respuesta _____

Fecha _____ Tipo _____

Reacción _____

Causa sospechada _____

Tratamiento y respuesta _____

Fecha _____ Tipo _____

Reacción _____

Causa sospechada _____

Tratamiento y respuesta _____

Antecedentes médicos del niño

Antecedentes de medicamentos

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Medicamento _____ Fecha de inicio _____
Fecha de finalización _____ Motivo _____
Recetador _____ Resultado _____

Antecedentes médicos del niño

Problemas sensoriales

Audición

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Visión

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Oral

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Táctil

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Propioceptivo

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Vestibular

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Otros

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Antecedentes médicos del niño

Otros

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Otros

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Otros

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Otros

Fecha _____ Médico _____

Procedimiento _____

Resultado _____

Antecedentes médicos del niño

Pruebas psicológicas

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Antecedentes médicos del niño

Pruebas psicológicas

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Fecha _____ Motivo de la prueba _____

Pruebas completadas _____

Nombre del evaluador _____

Información de contacto del evaluador _____

Resultados y recomendaciones (incluir resultados de las pruebas si están disponibles)

_____

_____

Antecedentes médicos del niño

Traumatismos (por ej., fracturas, lesiones craneanas, quemaduras)

Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) / Plan Educativo Individual (IEP)

(Terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, trabajador social, especialista en movilidad, etc.)

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Servicio _____

Proveedor _____

Dirección _____ Teléfono (_____)_____

Sírvase adjuntar una copia del IFSP o IEP actual de su hijo en esta sección.