

Todo Sobre Mi Hijo

- **Referencia Rápida**
 - Dirección del domicilio del Niño
 - Médico de Atención Primaria/Proveedor del Hogar Médico
 - Atención de Urgencia/Después de la Hora de Cierre/Enfermera Consejera
 - Información de Contacto Familiar
 - Alergias
 - Información del Seguro de Salud

- **Información Importante de Contacto**

- **Los Coordinadores de Cuidados de Mi Hijo**

- **Todo Sobre mi Hijo**

- **Cosas que Usted Necesita Saber para Apoyarlos**

- **La Historia del Nacimiento de Mi Hijo**

REFERENCIA RÁPIDA

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento del Niño:
Dirección del Domicilio del Niño:	
Médico de Atención Primaria/Proveedor del Hogar Médico	
Nombre:	Teléfono Después de la hora de cierre:
Número de Teléfono	Fax:
Atención de Urgencia/ Después de la Hora de Cierre/Enfermera Consejera	
Nombre:	
Teléfono:	
Información de Contacto Familiar	
Nombre/Relación al niño:	Teléfono Laboral:
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Nombre/Relación al niño:	Teléfono Laboral:
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Contacto de Emergencia:	Relación:
Teléfono de Casa:	Teléfono Laboral:
	Teléfono Celular:
Alergias	
Alimentos, _____ Medicamento, etc.	
Información de Seguro	
Seguro:	# de Póliza:
Teléfono:	# de Suscriptor:
# de Fax:	Persona de Contacto:
Seguro:	# de Póliza:
Teléfono:	# de Suscriptor:
# de Fax:	Persona de Contacto:

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

Emergencia Potencialmente Mortal: Llame al 911 o al 988

Médico de Atención Primaria - Hogar Médico

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Código Postal:

Coordinador de Cuidados:

Teléfono: Fax:

Horas: Correo Electrónico:

Atención de Urgencia/ Después de la Hora de Cierre/Enfermera Consejera

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Código Postal:

Teléfono: Fax:

Horas: Correo Electrónico:

Hospital Primario

Hospital:

Número de Teléfono para Información:

Dirección:

Número de Teléfono de la Sala de Emergencias:

Transporte Especial

Agencia de Transporte:

Nombre de Contacto: Teléfono:

Dirección:

Agencia de Transporte:

Nombre de Contacto: Teléfono:

Dirección:

* El niño tiene un brazalete de alerta médica para: _____

Proveedor de Equipo Médico

Proveedor:

Producto:

Contacto:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Notas:

Agencias Comunitarias

Agencia:

Servicio:

Contacto:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Agencia:

Servicio:

Contacto:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Agencias de Enfermería Domiciliaria

Agencia:

Servicio:

Contacto:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Notas:

Agencia:

Servicio:

Contacto:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Notas:

Programa Infantil – Preescolar - Escuela

Escuela: Maestro:

Dirección: Teléfono:

Notas: Correo Electrónico:

Escuela: Maestro:

Dirección: Teléfono:

Notas: Correo Electrónico:

Proveedor de Cuidado de Niños

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Notas:

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Notas:

Proveedor de Cuidado de Respiro

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Enfermera de la Escuela

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Notas:

Dentista - Ortodoncista

Nombre: Teléfono:

Dirección: Fax:

Horas: Correo Electrónico

Notas:

Trabajador Social

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Notas:

Médicos Especialistas – Terapeutas - Otros Proveedores de Cuidados

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Proveedor: Especialidad:
Clínica: Teléfono:
Dirección: Fax:
Horas: Correo Electrónico:

Farmacia Utilizada para Recetas

Farmacia:

Producto:

Farmacéutico:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Farmacia:

Producto:

Farmacéutico:

Teléfono:

Dirección:

Fax:

Horas:

Correo Electrónico:

Departamento de Salud Pública - Enfermera

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Correo Electrónico:

Nutricionista

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Correo Electrónico:

Otro

Nombre:

Teléfono:

Puesto/Agencia:

Notas:

Nombre:

Teléfono:

Puesto/Agencia:

Notas:

Nombre:

Teléfono:

Puesto/Agencia:

Notas:

Nombre:

Teléfono:

Puesto/Agencia:

Notas:

Nombre:

Teléfono:

Puesto/Agencia:

Notas:

Departamento de Salud Pública - Enfermera

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Nutricionista

Nombre: Teléfono:

Dirección: Correo Electrónico:

Otro

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

Nombre: Teléfono:

Puesto/Agencia: Notas:

LOS COORDINADORES DE CUIDADOS

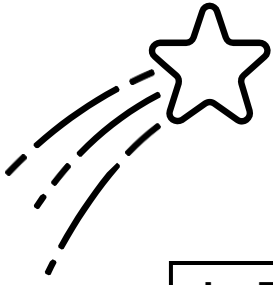
DE MI HIJO

Agencia:	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	
Agencia:	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	

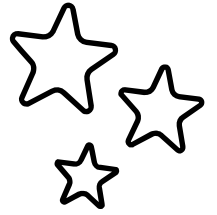
Agencia:	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	

Agencia:	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	





Todo sobre mi hijo



La Familia de mi Hijo

Padres/Cuidadores:

Hermano(s): _____

Otras personas que viven con
nosotros: _____

Mascota(s): _____

El Favorito de mi Hijo:

Color: _____

Animal: _____

Actividad: _____

Comida: _____

Libro: _____

Película: _____

Personaje: _____

Canción: _____

Cosas que hacer _____



COSAS QUE NECESITA SABER SOBRE MI HIJO PARA APOYARLO

Nombre Completo del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre que el niño prefiere: _____ Alergias: _____

El niño se comunica usando: (por ejemplo, habla, lenguaje preferido, lenguaje de señas, aparato de comunicación, etc.)

Cosas que mi hijo hace bien/Fortalezas: (por ejemplo, se viste solo, es cortés, ama leer, es muy cariñoso)

Cosas que le gustan a mi hijo: (por ejemplo, nuestra mascota, música, aire fresco, chocar los cinco)

Cosas en las que mi hijo está trabajando: (por ejemplo, expresando emociones, defensor de sí mismo, contacto visual)

Cosas que molestan a mi hijo: (por ejemplo, ruidos fuertes, luces brillantes, texturas / telas, esperar mucho tiempo)

Cuando mi hijo se viste, usted puede ayudar al:

Cuando mi hijo coma o beba, usted puede ayudar al:

Cuando mi hijo toma su medicamento, ellos prefieren: (por ejemplo, tomarlo con alimentos, agua, etc.)

Las necesidades de movilidad de mi hijo son: (por ejemplo, puede transferirse independientemente, necesita ayuda para subir al carro, necesita tiempo adicional)

Otros comportamientos para tener en cuenta: (por ejemplo, a veces huye, habla con extraños, se jala del pelo cuando está molesto)
