

Apoyo del Hogar Médico



Un hogar médico es un enfoque para proporcionar atención primaria inclusiva y de alta calidad. El Centro Nacional de Recursos para el Hogar Médico Centrado en el Paciente / Familia dice que un Hogar Médico debe ser:

- **Accesible**
- **Coordinado**
- **Compasivo**
- **Culturalmente Eficaz**
- **Centrado en la Familia**
- **Continuo**
- **Comprensivo**

Si su hijo es de nacimiento-21 años de edad y beneficiario de Medicaid

Llame: Servicios de Salud Comunitarios de Blue Ridge (BRCHS) 828-894-2222

BRCHS puede ayudar a las familias navegar el sistema de Medicaid y Atención Médica. Y, proporciona a los beneficiarios de Medicaid y NC Health Choice con un hogar médico y un Proveedor de Atención Primaria (PCP).

- Trabajando con usted para establecer a su hijo con un hogar médico y ayudarlo a forjar una relación fuerte con ellos.
- Trabajando con todos los proveedores de atención médica que su hijo vea para asegurar que él/ ella reciba el mejor tratamiento.
- Remitiendo su familia a otras agencias comunitarias para atender las necesidades y preocupaciones de su familia.

Empoderándolo a **USTED** para ser el mejor defensor de la salud de su hijo.

Si su hijo es de nacimiento – 5 años de edad y necesita más ayuda

Llame: Administración de la Atención para Niños en Riesgo (CMARC por sus siglas en inglés)

Departamento de Salud del Condado de Henderson	828-692-4223
Departamento de Salud del Condado de Buncombe	828-250-5096
Departamento de Salud del Condado de Madison	828-694-3531
Departamento de Salud del Condado de McDowell	828-652-6811
Polk: Servicios de Salud Comunitarios de Blue Ridge -	828-894-2222
Departamento de Salud del Condado de Transylvania -----	828-884-3135

Si su hijo califica, sin costo CMARC va a:

- Ayudar a su familia identificar sus fortalezas y preocupaciones
- Conectarlo con otros servicios y recursos
- Identificar maneras para fortalecer la relación de padres-hijo
- Proporcionar información, apoyo y educación en curso

**Si usted tiene
seguro privado
o no tiene
seguro**

Llame: Su Proveedor del Hogar Médico/Doctor

Línea de Ayuda para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica
1-800-737-3028 o correo electrónico: CYSHCN.Helpline@dhhs.nc.gov

Salud Pública de la División de NC: Niños y Jóvenes con Necesidades especiales de Atención Médica

<https://publichealth.nc.gov/wch/families/cyshcn.htm>

¿Qué significa un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH por sus siglas en inglés) para Usted?

Significa Acceso 24/7.

Significa Trabajo en Equipo.

Significa TODAS sus Necesidades de Salud.

Significa ¡Coordinación, por fin!

Significa la tecnología de Hoy.



Acceso 24/7

Usted puede obtener consejo rápidamente del equipo de atención fuera de las visitas.

Usted puede a menudo obtener citas el mismo día.



Todas sus Necesidades de Salud

El equipo lo trata como una persona completa, no solo como una enfermedad. Ellos trabajarán con usted y su familia en:

- Prevención y bienestar, ayudándole Trabajar hacia un estilo de vida saludable.
- Ambos problemas tanto físico como la salud mental como la depresión o ansiedad.
- Un plan de atención para cualquier problema de salud grave.



Usted en el Centro



Coordinación

¡Finalmente! Su hogar médico organiza:

- Resultados de laboratorios, especialistas y hospitales involucrados en su cuidado.
- Todos los medicamentos que toma, de venta libre y recetas de cualquier doctor.
- Servicios que recibe en su comunidad, como programas para dejar de fumar o perder peso.



Trabajo en Equipo

Su médico de atención primaria o enfermera atiende a su cuidado directamente. Él o ella también dirige un equipo altamente calificado de personas que trabajan con usted. El equipo puede incluir enfermeras, consejeros, farmacéuticos, asistentes médicos, y médicos especialistas.



La Tecnología de Hoy

La tecnología de la información ayuda a su equipo del hogar médico a:

- Mantenerse informado. Recordarle cuando necesite atención, pruebas o información nueva.
- Enviar prescripciones directamente a la farmacia.
- En algunas oficinas, permitirle ir en línea para agendar visitas, solicitar recetas, obtener resultados de pruebas y ver su registro de salud personal.

UN HOGAR MÉDICO es el tipo de atención de salud primaria que usted y su hijo merecen. No es un lugar, es una asociación con su proveedor de atención primaria.

Mientras usted persigue el camino de la salud de su hijo, usted hace paradas en diferentes lugares (especialistas, apoyos comunitarios, farmacia, hospital, la salud mental). Idealmente, su proveedor de atención primaria ayudará a guiarlo a lo largo del camino. ¹



USTED PUEDE HACER MEJORAS DEL HOGAR MÉDICO ²

¡Usted puede ayudar a su práctica hacer cambios para que sea un verdadero HOGAR MÉDICO! Lo siguiente son algunas cosas sobre que pensar y hablar con el proveedor de atención primaria de su niño/joven:

1. *¿Cómo podemos nosotros, como padres, ayudarles a proporcionar un HOGAR MÉDICO aún mejor para todos los pacientes y familias en la práctica?*
2. *¿Tiene la práctica un "consejo asesor familiar" que informa a y asesora la práctica sobre cómo mejorar la experiencia de sus pacientes? Si no, ¿cómo podemos trabajar juntos para crear uno?*
3. *¿Cómo podemos trabajar juntos para desarrollar:*
 - *Información fácil de leer y entender describiendo la práctica y cómo los pacientes y las familias pueden acceder a la atención adecuada? (por ejemplo, folleto para pacientes, sitio web)*
 - *Una encuesta de satisfacción del paciente?*
 - *Acceso físico a la práctica mejorado?*
 - *Una lista actualizada de recursos comunitarios para pacientes/familias?*

Déjele saber a su doctor lo importante que son estas mejoras para usted y la atención de su hijo/joven.

¹ Patient-Centered Primary Care Collaborative (Colaboración de Atención Primaria Centrado en el Paciente)

² National Center for Medical Home Implementation (Centro Nacional para la Implementación del Hogar Médico)

HISTORIAL MÉDICO Y DEL DESARROLLO

Nombre del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Historial del Embarazo

Edad de la madre al inicio del embarazo:

Duración del embarazo:

Aumento de peso materno:

Medicamentos recetados o de venta libre tomado durante el embarazo (incluya vitaminas):

Mes en el que sintió por primera vez al bebé moverse:
Meses

Durante el embarazo, el bebé fue:
Callado Activo Muy Activo

Mientras que avanzaba el embarazo, ¿hubo algún cambio en el nivel de actividad de su bebé? En caso de que sí, por favor describa:

Preocupaciones, complicaciones o enfermedades durante el embarazo:

Número de embarazos previos:

Número de niños vivos:

Describe cualquier dificultad durante embarazos previos:

Trabajo de Parto y Parto

El trabajo de parto para mi hijo fue: Sin complicaciones Complicado / Difícil

Describe cualquier dificultad:

¿Fue usado monitoreo fetal interno durante el trabajo de parto?

¿Hubo rotura de las membranas?
En caso de que sí, número de horas antes del parto:

¿Estabas despierta durante el parto?

El trabajo de parto fue Espontáneo Inducido

¿Fue usada la anestesia?

En caso de que sí, ¿qué tipo?

Tipo de nacimiento:

- o Vaginal: de cabeza de nalgas se usó fórceps
- o Cesárea. Motivo de la cesárea:

El bebé nació: A término Tardío Prematuro (si prematuro, # de semanas:)

Nacimiento / Infancia Temprana

Peso al Nacer:

Largura:

Circunferencia de la cabeza:

Puntuación de APGAR a 1 minuto:

¿El bebé lloró inmediatamente?

Puntuación de APGAR a los 5 minutos:

¿El bebé necesitó ayuda con respirar? En caso de que sí, ¿cuánto tiempo?

El bebé estuvo en el hospital ___ días
 ___ Semanas

¿Estuvo el bebé en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)? En caso de que sí, ¿cuánto tiempo?

¿Fueron medicamentos recetados para el bebé? En caso de que sí, describa la razón.

Mientras en el hospital, ¿requirió el bebé atención especial después del nacimiento? (tal como terapia, evaluación por un especialista)? En caso de que sí, describa la razón.

Describa cualquier dificultad con el bebé inmediatamente después del nacimiento:

¿Tuvo el bebé dificultades durante los primeros meses?:

___ Alimentación	___ para Dormir
___ Lucidez	___ Movimiento
___ Ictericia	___ Otro

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades? En caso de que sí, anote a qué edad.

___ Varicela	___ Sarampión Alemán	___ Hepatitis	___ Paperas
___ Tos ferina	___ Meningitis	___ Sarampión	___ CMV

Otro:

¿Ha tenido su hijo dificultades con alguno de los siguientes? En caso de que sí, anote a qué edad.

___ Sarpullido	___ Anemia	___ Diarrea	___ Habla
___ Episodios de retención de respiración	___ Coordinación	___ Deglutir	___ Se pone azul
___ Caídas Frecuentes	___ Chupar	___ Episodios de mirada fija	___ Vómito
___ Problemas Respiratorios	___ Asma	___ Desmayos	___ Dental
___ Infecciones del Oído	___ Corazón	___ Alergias	___ Alimentación
___ Estreñimiento	___ Consideraciones dietéticas especiales		

___ Otro:

¿Ha visto su hijo a un especialista de **visión**?
 En caso de que sí, proporcione el nombre del médico y la razón por la visita.

¿Ha visto su hijo a un especialista de **oídos**?
 En caso de que sí, proporcione el nombre del médico y la razón por la visita.

¿Ha tenido su hijo un examen **auditivo**?
 En caso de que sí, proporcione la razón por la visita.

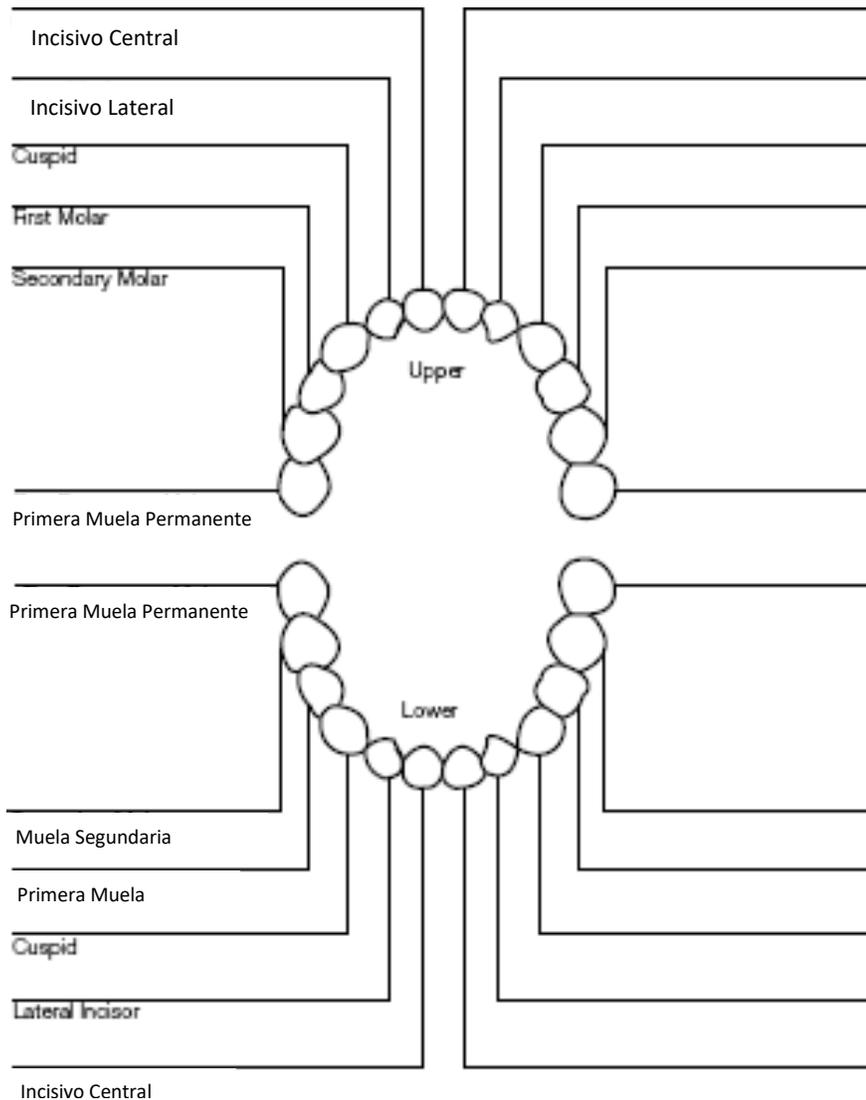
Historial Médico Familiar

Para lo siguiente, por favor marque cualquier condición presente en la familia biológica del niño. Si está marcado, por favor explique en el espacio que se proporciona abajo.

	Madre	Familia de la Madre	Padre	Familia del Padre
Defectos de Nacimiento:				
Trastorno Heredado:				
Muertes Infantiles:				
Problemas de Aprendizaje:				
Discapacidad Intelectual:				
Enfermedad/Debilidad Muscular:				
Enfermedad Neurológica:				
Mal Uso de Sustancias:				
Enfermedad Mental:				
Trastorno de la Visión:				

LOS DIENTES DE LECHE DE MI BEBE

Registre cuándo le salen y pierde los dientes su hijo en el diagrama a bajo.



La siguiente gráfica muestra cuándo los dientes primarios (también llamados dientes de leche o dientes deciduales) salen y se mudan. Es importante notar que los tiempos de erupción pueden variar de un niño a otro.

DIENTES SUPERIORES	CUANDO EMERGE EL DIENTE DE LECHE	CUANDO SE CAE UN DIENTE DE LECHE
Incisivo Central	8 – 12 meses	6 – 7 años
Incisivo Lateral	9 – 13 meses	7 – 8 años
Canino	16 – 22 meses	10 – 12 años
Primera Muela	13 – 19 meses	9 – 11 años
Segunda Muela	25 – 33 meses	10 – 12 años

DIENTES INFERIORES	CUANDO EMERGE EL DIENTE DE LECHE	CUANDO SE CAE UN DIENTE DE LECHE
Segunda Muela	23 – 31 meses	10 – 12 años
Primera Muela	14 – 18 meses	9 – 11 años
Canino	17 – 23 meses	9 – 12 años
Incisivo lateral	10 – 16 meses	7 – 8 años
Incisivo central	6 – 10 meses	6 – 7 años

LOS DIENTES PERMANENTES DE MI HIJO

La siguiente gráfica muestra cuándo emergen los dientes permanentes. Anote cuándo salen los dientes permanentes de su hijo.

DIENTES SUPERIORES	CUANDO EL DIENTE EMERGE	LOS DIENTES DE MI HIJO EMERGIERON:	
		LADO DERECHO	LADO IZQUIERDO
Incisivo central	7 – 8 años		
Incisivo lateral	8 – 9 años		
Canino	11 – 12 años		
Primera Muela Premolar (Primer Bicúspide)	10 – 11 años		
Segunda Muela (Segundo Bicúspide)	10 – 12 años		
Primera Muela	6 – 7 años		
Segunda Muela	12 – 13 años		
Tercera Muela (Muela del Juicio)	17 – 21 años		

DIENTES INFERIORES	CUANDO EMERGE EL DIENTE	LOS DIENTES DE MI HIJO EMERGIERON:	
		LADO DERECHO	LADO IZQUIERDO
Tercera Muela (Muela del Juicio)	17 – 21 años		
Segunda Muela	11 – 13 años		
Primera Muela	6 – 7 años		
Segunda Premolar (Segundo Bicúspide)	11 – 12 años		
Primera Premolar (Primer Bicúspide)	10 – 12 años		
Canino	9 – 10 años		
Incisivo lateral	7 – 8 años		
Incisivo central	6 – 7 años		



Cómo encontrar el consultorio dental adecuado

PARA EL NIÑO O JOVEN CON NECESIDADES ESPECIALES



La atención dental es importante debido a que los problemas en la boca pueden afectar la salud del cuerpo. Los niños y los jóvenes con necesidades especiales de atención médica o situaciones de desarrollo generalmente deberán seguir los mismos estándares de cuidado de todos los niños. Sin embargo, puede ser necesario contar con apoyo adicional. Es importante que hable con su dentista sobre cualquier estado médico o físico, medicamentos, alergias o necesidades conductuales que podrían requerir algunas adaptaciones para el niño o joven. ¡Esta lista de verificación podría ayudar a las familias a tener una experiencia y relación positiva continua con el equipo de atención dental para tener sonrisas sanas durante toda la vida!

Instrucciones: Marque la casilla si el consultorio dental ofrece el servicio que sirve de apoyo para el niño o joven.

ESTO ES IMPORTANTE		¿POR QUÉ?	
	Sí	No	
1. ¿El consultorio dental acepta su seguro y ofrece flexibilidad en planes de pago si fuera necesario?			Las opciones de pago permiten que el paciente/encargado del cuidado pueda planificar y presupuestar la atención dental antes o después de la visita.
2. ¿El consultorio dental necesita alguna documentación de los antecedentes médicos antes de la primera visita?			Puede tomar algún tiempo obtener los expedientes médicos o completar los formularios.
3. ¿El consultorio dental ofrece flexibilidad en la programación de las citas para familiarizarse con el entorno y el personal?			Esto permite que la familia vea el consultorio, conozca al equipo de atención dental y haga preguntas antes del hacer el examen.
4. ¿El consultorio dental ofrece flexibilidad en la programación de las citas para adaptarse al horario y rutina del niño/joven?			Los niños/jóvenes que tienen necesidades médicas frecuentes, problemas de ansiedad o sensoriales, o que tienen que acudir a diversas citas/terapias podrían necesitar ciertas consideraciones especiales en la programación de las citas.
5. ¿El consultorio dental es accesible para el niño/joven en silla de ruedas o con otro equipo para movilizarse (si fuera necesario)?			La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) requiere que los consultorios dentales atiendan a niños, jóvenes y adultos con necesidades especiales de atención médica y que hagan las adaptaciones necesarias para quienes usan sillas de ruedas, andadores y otro equipo para movilizarse.
6. ¿El consultorio dental puede ofrecer apoyo para la comunicación como intérpretes de lenguaje de señas si se avisa con suficiente tiempo antes de una visita?			Los padres/encargados del cuidado tienen que avisar al consultorio dental con suficiente anticipación a la cita sobre las necesidades especiales de comunicación, tales como intérpretes de lenguaje de señas americano (American Sign Language, ASL) o tecnología de asistencia.
7. ¿Tiene usted permitido permanecer con el niño/joven en la sala de evaluación?			La presencia del padre, madre o encargado del cuidado podría reducir la ansiedad del niño/joven y hacer que se sienta más cómodo con la atención dental.
8. ¿El consultorio dental tiene disponible una sala de evaluación privada?			Una sala de evaluación privada podría evitar las distracciones o el exceso de estimulación de un niño/joven con desafíos sensoriales, ansiedad, etc.

ESTO ES IMPORTANTE		¿POR QUÉ?	
	Sí	No	
9. ¿El consultorio dental permite que el niño/joven lleve consigo un objeto reconfortante (juguete, frazada) en la sala de evaluación o tratamiento?			Permitir que el niño/joven lleve consigo un objeto reconfortante puede ayudar a reducir la ansiedad y aumentar la confianza y la cooperación.
10. ¿La sala de evaluación puede acomodar físicamente y de manera confortable al niño/joven con equipo para movilización (si fuera necesario)?			Si una silla de ruedas cabe paralela a la silla dental, se puede mover al niño/joven a la silla dental para el examen. Una silla dental con apoyabrazos móviles podría facilitar el traslado del niño/joven.
11. ¿El consultorio dental permite el uso de la misma sala de evaluación y equipo de atención dental durante todas las visitas del niño/joven?			La rutina y la constancia podrían reducir la ansiedad y permitir que el niño/joven y el padre, madre o encargado del cuidado desarrollen relaciones positivas con miembros del equipo de atención dental con los que están familiarizados.
12. ¿El equipo de atención dental concede tiempo al niño/joven para que se adapte a la sala de evaluación y se prepare para el examen dental?			Conceder tiempo adicional para que un niño/joven se adapte a la sala de evaluación y al equipo de atención dental desarrolla la confianza y el nivel de comodidad.
13. ¿El equipo de atención dental conversa con usted sobre alguna forma especial de interactuar con el niño/joven?			El equipo de atención dental pregunta al padre, madre o encargado del cuidado con anticipación sobre cualquier inquietud o estrategia para ayudar a que el niño/joven tenga la mejor experiencia dental posible. El equipo de atención dental también puede sugerir estrategias como el enfoque DECIR, MOSTRAR, HACER: decir al paciente lo que están a punto de hacer, mostrarle lo que puede hacer el instrumento, luego hacer el procedimiento.
14. ¿El equipo de atención dental habla sobre las opciones de apoyo conductual en caso de que el niño/joven tenga dificultad para mantenerse quieto?			Los ejemplos pueden incluir otras opciones para sentarse, música, audífonos con cancelación de ruido, anteojos para sol o televisión. Las opciones que pueden incluir la sedación, la anestesia o los sujetadores requieren el consentimiento informado con anticipación de los padres o el encargado del cuidado.
15. ¿El equipo de atención dental anima al niño/joven y a la familia a hacer preguntas?			El equipo de atención dental anima a que se hagan preguntas antes y después de la visita.
16. ¿Hay instrucciones de cuidados dentales especiales escritas en un formato fácil de entender?			Las instrucciones de cuidados especiales están por escrito, son fáciles de entender y en el idioma primario de la familia.
17. ¿El consultorio dental tiene cobertura para emergencias después del horario regular o en los fines de semana?			Los padres o el encargado del cuidado necesitan saber cuándo y a dónde acudir en caso de lesiones dentales o emergencias que ocurran fuera del horario de atención normal.

Adaptado de:

- Dental Office Consideration Checklist. An Oral Health Professional's Guide to Serving Young Children with Special Health Care Needs (Lista de verificación a considerar por el consultorio dental. Una guía del profesional en salud bucal para atender a niños pequeños con necesidades especiales de atención médica) http://mchoralhealth.org/SpecialCare/pdf/office_checklist.pdf
- Family Satisfaction Questionnaire. An Oral Health Professional's Guide to Serving Young Children with Special Health Care Needs (Cuestionario de satisfacción familiar. Una guía del profesional en salud bucal para atender a niños pequeños con necesidades especiales de atención médica) http://mchoralhealth.org/SpecialCare/pdf/family_questionnaire.pdf
- "Oral Health Care for Children with Special Health Care Needs: A Guide for Family Members/Caregivers and Dental Providers" (Atención de salud bucal para niños con necesidades especiales de atención médica: Una guía para los familiares/encargados del cuidado y proveedores de atención dental), Oklahoma Dental Foundation, noviembre de 2013
- "Dental Practices: An Abbreviated Accessibility Survey" (Clínicas dentales: Una breve encuesta sobre accesibilidad), NC Office on Disability and Health (Oficina de Discapacidad y Salud de Carolina del Norte)

LISTA DE VERIFICACIÓN DESARROLLADA POR LA DIVISIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES, SECCIÓN DE SALUD PARA MUJERES Y NIÑOS



REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Farmacia: _____

Teléfono: _____

Fecha de Inicio:	Fecha de detención:	Medicamento:	Para tratar (condición):	Dosis/Vía:	Tiempo dado:	Prescrito por:	Efectos secundarios:

LAS ALERGIAS DE MI HIJO

Alergias Alimentarias:

Alergias a Medicamentos:

Otras Alergias (gatos, perros, polvo, césped, etc.)



Formulario de Seguimiento de Reacciones Alérgicas

Fecha

Alérgeno:

Reacción:

Anécdota (con dosis):

REGISTRO DE EQUIPOS

Mantenga un registro continuo del equipo que su hijo usa (tal como una silla de ruedas, sistemas de comunicación, etc.). Dibuje una línea singular atravesada o use un marcador para eliminar el equipo que su hijo ya no usa para que sea fácil detectar la información actual.

Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	Serie #:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		
Fecha:	Equipo:	# de Modelo:	# de Serie:
Nombre del Vendedor:	Teléfono del Vendedor:		<input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Propio
Agencia Financieramente Responsable:	Otra información:		

DEPARTAMENTO (SALA) DE EMERGENCIA VISITAS / HOSPITALIZACIONES

FECHA:	HOSPITAL:	MOTIVO:	RESULTADO:
--------	-----------	---------	------------

Citas y Preguntas



Use este formulario para ayudarle a preparar para las próximas visitas al médico y guardar notas sobre la cita.

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

Citas y Preguntas



Use este formulario para ayudarle a preparar para las próximas visitas al médico y guardar notas sobre la cita.

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

Fecha y Hora de la Cita	Proveedor	Preguntas para Hacer en la Cita
Derivaciones/Pruebas de Seguimiento		Respuestas

PLAN DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA DE MI HIJO

Si su hijo tiene problemas de emergencia frecuentes, considere armar un plan de cuidados médicos de emergencia. Un plan de cuidados es una manera de compartir información sobre su hijo con otros. El plan es información escrita sobre cómo mejor atender a las necesidades de salud de su hijo. Los planes de cuidados médicos pueden ser diferentes según la discapacidad y cómo / dónde está intencionado ser usado.

Hay muchas plantillas disponibles en línea o hable con el doctor de su hijo sobre crear un plan de atención juntos.

¡La comunicación es clave!

Un plan de cuidados puede incluir:

- Qué medicamentos toma su hijo y cuándo
- Información de contacto del cuidador/padre
- Alergias
- Condiciones médicas
- Qué alimentos su hijo debe evitar
- Con cuánta frecuencia su hijo recibe terapia física
- Qué hacer por su hijo en una emergencia
- Cómo ponerse en contacto con su médico después de la hora de cierre
- Personal de apoyo específico para contactar
- Marcar la carpeta de su hijo para identificarla como "necesidades especiales"

Quién recibiría una copia de un plan de cuidados:

- Médicos del Niño, terapeutas, enfermeras y proveedores de respirio
- Proveedor de cuidado infantil, maestros, enfermeras escolares, médicos de emergencia
- Abuelos, vecinos, amigos
- Deje un plan de cuidados en casa, en el trabajo, en su carro, en su bolso, etc.

Los niños en riesgo de emergencias médicas deben considerar usar un brazalete o collar médico para ayudar a los proveedores de emergencias rápidamente reconocer que el niño tiene una necesidad especial.



Como Planear para Emergencias

Usted y miembros de su familia puede que no estén en el mismo lugar cuando suceda una emergencia. Es importante planear antes y hablar sobre lo que hará antes, durante y después de una emergencia. Usted necesita hablar sobre cómo llegarán a un lugar seguro, se pondrán en contacto con el uno al otro y volverán con el uno al otro.

Plan de Emergencia

Las emergencias y los desastres pueden ocurrir en cualquier momento y en cualquier lugar. Estas situaciones pueden resultar en corte de energías, acceso limitado a atención médica y medicamentos, y una necesidad de suministros. Todas las familias deben tener un plan de emergencia listo; familias de niños con necesidades especiales necesitarán un plan de emergencia que aborde las necesidades únicas de su hijo.

¡Planeación es clave! Si hay un niño con necesidades especiales de atención médica en su familia, usted y su familia pueden prepararse desarrollando un plan por escrito de cuidados de emergencia y practicar su plan. Por ejemplo, un plan puede incluir medicamentos o dispositivos de asistencia que su hijo necesita. Si es posible, deje que su hijo ayude a hacer el plan.

Preguntas importantes para Considerar:

1. ¿Tiene su familia un plan de emergencia por escrito?
2. ¿Tiene su familia un plan de comunicación?
3. ¿Tiene usted un plan si usted y sus hijos no están juntos cuando una emergencia suceda?
4. ¿Tiene usted un kit de emergencia con medicamentos y otras necesidades médicas?
5. ¿Qué hará usted si su hijo tiene un animal de servicio?
6. ¿Tiene usted un plan de transporte y una ruta de evacuación?

Lista de verificación del Kit de Emergencia para familias con CYSHCN

<https://www.cdc.gov/childrenindisasters/checklists/special-healthcare-de-cyshcn.html>

Es importante asegurarse que usted y su familia sean lo más autosuficientes posible en caso de que necesite evacuar, y actualice su kit de emergencia por lo menos una vez al año.

Aquí hay algunos recursos para ayudarle a usted y su familia en una verdadera emergencia.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) - Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica en Emergencias

<https://www.cdc.gov/childrenindisasters/children-with-special-healthcare-needs.html>

Medical Essential (Esencial Médico) – Duke Energy

Clientes con necesidades médicas deberían de hacer preparaciones por adelantado para apagones extendidos debido a tormentas u otras causas. Medical Essential puede ser asignado a la cuenta de un cliente si un miembro del hogar del cliente está crónicamente o gravemente enfermo, discapacitado o en un sistema de soporte vital. Para más información sobre este servicio, llame al 1-800-943-6914.

Ready.gov

Acudir a la fuente de planificación de emergencias para familias e individuos, incluyendo las plantillas de planificación.

<https://www.ready.gov/disability>



NC 211 es un servicio de información y referencia aportado por United Way de Carolina del Norte. Familias e individuos en todos los 100 condados de Carolina del Norte pueden llamar para obtener información gratuita y confidencial sobre servicios humanos y salud dentro de su comunidad. Disponible en la mayoría de los idiomas, NC 211 está abierto las 24 horas del día, siete días de la semana, 365 días del año.

Por favor llame:

1-888-573-1006

Llame en cualquier momento.
Servicios MCM Disponible 24/7/365



Gestión de Crisis Móvil (MCM) Somos un equipo de profesionales de la salud de comportamiento, disponible 24/7/365, que proporciona intervención intensiva en el mismo lugar a personas de todas las edades que experimentan una crisis debido a disturbios de salud mental, discapacidades intelectuales / del desarrollo o adicción. Nuestro objetivo es estabilizar de forma segura a la persona en el hogar, el trabajo, la escuela o en cualquier lugar de la comunidad donde ocurra la crisis.

¿Necesita Apoyo ahora? Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis, ayuda está disponible.

Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chat [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org)



¿Tiene Medicamentos Sin Usar o No Deseados?

¿Sabía usted que casi 60,000 niños menores de la edad de 5 accidentalmente deglutan fármacos peligrosos cada año y resultan en salas de emergencia? Una manera de proteger a los niños de deglutir medicamentos accidentalmente es desechar adecuadamente los medicamentos viejos o no necesitados.

La Oficina del Sheriff del Condado de Polk tiene una caja de eliminación de medicamentos en nuestro recibidor. Usted puede desechar sus medicamentos sin usar o no deseados de lunes – viernes, 8 de la mañana – 5 de la tarde.

¿No puede llegar a la Oficina del Sheriff? ¡Asegúrese de seguirnos en Facebook para enterarse de cuando tendremos un evento de recuperación de fármacos cerca de USTED!

Forma de Información de Emergencia para Niños Con Necesidades Especiales



American Academy
of Pediatrics



Fecha de forma
Completado

Actualizado

Iniciales

Por Quien

Actualizado

Iniciales

Apellido:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	Apodo:
Domicilio:		Teléfono de casa/trabajo:	
Padre/Tutor:	Nombres y Relación de Contactos de Emergencia:		
Firma/Consentimiento*:			
Lengua principal:	Número(s) de teléfono:		
Médicos:			
Médico de atención primaria:		Teléfono de Emergencia:	
		Fax:	
Especialista Médico Actual: Especialidad:		Teléfono de Emergencia:	
		Fax:	
Especialista Médico actual: Especialidad:		Teléfono de Emergencia:	
		Fax:	
Dpto. de Emergencia Primario Anticipado:		Farmacia:	
Centro de Atención Terciaria Anticipado:			

Diagnósticos/ Procedimientos Anteriores/ Examen Físico:	
1.	Resultados físicos punto de referencia:
2.	
3.	Signos vitales punto de referencia:
4.	
Sinopsis:	
	Estado neurológico punto de referencia:

Diagnósticos/ Procedimientos Pasados/Examen Físico continuo:	
Medicamentos:	Resultados auxiliar punto de referencia significativos (laboratorio, rayos X, ECG):
1.	
2.	
3.	
4.	Prótesis/Aparatos/Dispositivos de Tecnología Avanzada:
5.	
6.	

Datos de gestión:	
Alergias: Medicamentos/Alimentos que deben evitarse	y por qué:
1.	
2.	
3.	
Procedimientos que deben evitarse	y por qué:
1.	
2.	
3.	

Vacunas											
Fechas						Fechas					
DPT						Hep B					
OPV						Varicela					
MMR						Estado de TB					
HIB						Otro					

Profilaxis antibiótica:

Indicación:

Medicamento y dosis:

Problemas Presentados Comunes / Resultados con Gestiones Específicos Sugeridos		
Problema	Estudios de Diagnóstico Sugeridos	Consideraciones de Tratamiento

Comentarios sobre niños, familiares u otros problemas específicos médicos:	
Firma del médico/proveedor:	Nombre en Letra Imprenta:

¿Su hijo (edad de nacimiento a tres) tiene necesidades especiales?

La intervención temprana es un sistema de servicios diseñado para apoyar a las familias con niños que tienen o están en riesgo de discapacidades. Los profesionales de intervención temprana trabajan en asociación con los padres para ayudarle a los niños desarrollar su conocimiento y habilidades para alcanzar su potencial.

Ejemplos de servicios de intervención temprana son:

Tecnología de Asistencia
Aparato Auditivo
Terapia Familiar
Servicio de Enfermería
Clases para Padres

Servicios Médicos
Terapia Ocupacional
Fisioterapia
Servicio de Respirio
Habla/lenguaje

Si su niño es de nacimiento – 3 años de edad

Llame: Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil (CDSA)

OCCIDENTAL NC (Condados de Buncombe, Cherokee, Clay, Graham, Haywood, Henderson, Jackson, Macon, Madison, Swain, Transilvania) ----- **828-251-6091**

Usted conoce mejor a su hijo, si cree que su hijo tiene un retraso en el desarrollo o discapacidad contacte a su CDSA para hacer una derivación.

Los CDSAs aseguran que los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad reciban los servicios exigidos bajo la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA). Ello son el punto de referencia para el Programa de Bebés y Niños Pequeños de Carolina del Norte (ITP).

Una vez que su hijo demuestre ser elegible, usted puede optar por inscribirse en el ITP. Si decide inscribirse en el ITP, recuerde que usted es el primer y mejor maestro y defensor de su hijo. Sea un participante activo en el programa para ayudar a guiar las decisiones importantes sobre su hijo y los apoyos y servicios que él o ella pueda necesitar.

Si su niño es de nacimiento- 5 años de edad

Llame: Administración de la Atención para Niños en Riesgo (CMARC por sus siglas en inglés)

Departamento de Salud del Condado de Henderson	828-692-4223
Departamento de Salud del Condado de Buncombe	828-250-5096
Departamento de Salud del Condado de Madison	828-694-3531
Departamento de Salud del Condado de McDowell	828-652-6811
Polk: Servicios de Salud Comunitarios de Blue Ridge--	828-894-2222
Departamento de Salud del Condado de Transylvania -----	828-884-3135

Si su hijo califica, CMARC sin ningún costo va a:

- Ayudar a su familia identificar sus fortalezas y preocupaciones
- Conectarlo con otros servicios y recursos
- Identificar maneras para fortalecer la relación padres-hijo
- Proporcionar información, apoyo y educación en curso

Necesita Más Ayuda

El [North Carolina Infant Toddler Parent Handbook](#) es un guía útil para entender los servicios de intervención temprana en Carolina del Norte.

Primer Centro de Recursos -----**828-277-1315**

Cadena de Apoyo a la Familia de WNC ----- **828-213-0033**

Centro de Asistencia para Niños Excepcionales (ECAC)-- **1-800-962-6817**

Descargue la aplicación Rastreador de hitos gratis del CDC en cdc.gov/MilestoneTracker

**NOTAS PARA LLEVAR AL
PLAN DE SERVICIO FAMILIAR INDIVIDUALIZADO (IFSP por sus siglas en inglés)**

Este es un formulario para ayudarle a preparar para la reunión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP). El IFSP es el plan para que el plan de apoyo y servicios sean proporcionados para su hijo y familia.

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones sobre su hijo?

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

Para componer un plan personalizado a su hijo, en lugar del diagnóstico de su hijo, por favor describa a su hijo.

¿Cuál es el diagnóstico de su hijo o afección reconocida?

¿Quién diagnosticó a su hijo?

¿Quién quisiera que esté en su IFSP?

¿Qué apoyo necesita su familia? ¿Qué servicios necesita su hijo?

NOTAS / ASUNTOS QUE REVISAR EN LA SIGUIENTE JUNTA DE IFSP

Fecha:

Notas:

Transición al Plan Preescolar

La siguiente información es útil para planear la "transición" de su hijo a los servicios preescolares 6 meses antes de su tercer cumpleaños. El proceso comienza a los 2 años, 3 meses la mayoría de las veces.

Este plan es específico a los niños quienes están recibiendo servicios de intervención temprana por medio del CDSA.

⇒ 8-9 Meses antes de que su hijo cumpla 3 años de edad:

- Su Coordinadora de Servicio programará una hora para reunirse con usted, empezando el proceso de Transición.
- Presente en esta junta estará:
 - **Quién:**
 - Padres y cualquiera que usted quiera invitar
 - Coordinadora de Servicio de la Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil
 - **Qué:**
 - Hablar de lo que significa Transición.
 - Revisar las metas del IFSP si es necesario.
 - Con su ayuda, añadir una meta de transición al Plan de Servicio Familiar Individualizado.
 - Obtener su permiso para contactar a la Agencia de Educación Local (LEA por sus siglas en inglés) para hacer un referido y hablar.
 - Hablar con el Programa Preescolar. Usted también puede completar un formulario de Notificación/Referido si es necesario.

⇒ 5-6 Meses antes de que su hijo cumpla 3 años de edad: con su permiso

- La Coordinadora de Servicio de la Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil le mandará el formulario de Notificación y Referido a la Coordinadora Preescolar proporcionándole información sobre su hijo.
- La Coordinadora de Servicio de la Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil organizará una Conferencia de Planificación de Transición en la cual usted conocerá a la Coordinadora Preescolar y hablarán sobre el plan de transición.
- Evaluaciones serán programadas para ser completadas más cerca del tercer cumpleaños de su hijo.

⇒ 2-3 Meses antes de que su hijo cumpla 3 años de edad

- La Coordinadora Preescolar programará una reunión de referido en la cual usted tendrá la opción de qué información y evaluaciones serán revisadas por la escuela.
- Un plan será desarrollado con respecto a tareas específicas necesarias, quién será responsable por hacerlas y cuándo las tareas serán finalizadas.

- La escuela completará cualquier evaluación necesaria para ayudar a determinar elegibilidad para servicios.
- Evaluaciones serán hechas durante este tiempo, tal como: Habla, Motora, Tecnología de Apoyo, Psicológico, Adaptable, Educacional, etc.

⇒ **1-2 semanas antes de que su hijo cumpla 3:**

- La reunión del Plan de Educación Individualizado se llevará a cabo para determinar si su hijo es elegible para servicios con el distrito escolar.
 - **Quién**
 - Coordinador de Servicios para Padres e Hijo
 - Coordinadora Preescolar (Agencia de Educación Local)
 - Maestra de Educación Regular
 - Maestra de Educación Especial
 - Cualquier persona que usted siente puede apoyarle en esta reunión tal como familia, amigos, etc.
 - Las Escuelas del Condado de Polk invitarán a su Coordinadora de Servicio del CDSA y terapeutas que están trabajando con su hijo. Usted puede elegir tener un Gestor de Servicios Médicos por medio de la Administración de la Atención para Niños en Riesgo que siga el progreso de su hijo hasta los cinco años de edad. Siendo así, sería importante invitarlos a la reunión de IEP.
 - **Por Qué:** El Plan de Educación Individualizado es el mapa para los maestros y terapeutas de su hijo quienes estarán sirviendo a su hijo en el programa preescolar.

⇒ **¡Feliz Tercer Cumpleaños!**

Si su hijo es encontrado elegible para servicios, el/ella ahora recibirá servicios por medio de su programa Preescolar local. El Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) ahora está activo. Haga una nota de a quien llamar si tiene preguntas.



FORMULARIO VISIÓN PARA EL FUTURO

La mayoría de los padres no saben que esta es una pregunta en el IEP de su hijo. ¡Es una tan importante! Traiga una declaración preparada para incluirla en el IEP. Piense en metas de corto plazo (año escolar actual) y metas a largo plazo (carera escolar) cuando esté respondiendo esta pregunta.

Un ejemplo de una visión puede ser: Nuestra visión para John es que él podrá aplicar su gran corazón y su deseo de aprender y socializarse en un ambiente que apoyará sus necesidades sociales y académicas. Quisiéramos que él llegue a entenderse a sí mismo, y, con el tiempo, poder manejar exitosamente sus necesidades independientemente para que sobresalgan sus dones. Quisiéramos verlo mejorar continuamente en sus habilidades sociales, en adición a sus habilidades académicas, para que él pueda disfrutar de amistades duraderas a través de sus años escolares y su vida.

Fecha:

Ideas para el future de mi hijo (habilidades sociales, habilidades recreativas, aprendiendo los sueños de él, sus sueños, etc.)

Recursos para hacer realidad los sueños de mi hijo:

PLAN DE SERVICIO FAMILIAR INDIVIDUALIZADO (IFSP por sus siglas en inglés)

(Inserte una copia del IFSP actual de su hijo)