

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_



SCAN FOR INFO

**Libreta de Cuidados**

**Para Familias con Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales**

**Condado de Polk, Carolina del Norte**



## Nota a los Proveedores

¡Las Libretas de Cuidado son un gran recurso para las familias y para usted también!

Pueden convertirse en una parte importante de su proceso de admisión y orientación para familias con niños con necesidades especiales de atención médica. Por favor considere desarrollar una política para que su agencia siempre use esta Libreta de Cuidados para cada cliente nuevo y durante todo su período de servicio para obtener los mejores resultados.

# *INTRODUCCIÓN A LA LIBRETA DE CUIDADOS*

## **¿Para qué es esta libreta?**

- Una forma de simplificar el mantenimiento de registros y guardar información sobre muchos servicios disponibles para usted y su hijo.
- Un lugar para recoger y organizar los papeles importantes que se acumulan a medida que su hijo crece.
- Para dar seguimiento a la información que usted recibe para y sobre su hijo a medida que el/ella viaja por la infancia y más allá.

## **Cómo sacar el máximo provecho de esta libreta:**

- Lleve su libreta con usted a todas las citas programadas.
- Actualice la información en cada sección cuando obtenga nueva información.
- Revise la atención médica de su hijo con cualquier proveedor de atención médica o cualquier persona que no esté familiarizada con su hijo.

## **Haga que esta libreta funcione para usted:**

- Crea sus propias secciones.
- Elimine y reorganice las páginas para que se ajusten a sus necesidades.
- Personalícelo con dibujos, calcomanías, fotografías y artículos especiales que usted encuentre útiles.



SCAN FOR INFO

# TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos

Introducción a la Libreta de Cuidados

## **Capítulo 1: Todo Sobre Mi Hijo**

Referencia Rápida (Información de Contacto Familiar; Información de Contacto de Emergencia;

Doctor; Alergias; Información del Seguro)

Información de Contacto Importante

Coordinadores de Cuidados de Mi Hijo

Cosas Que Usted Necesita Saber Sobre Mi Hijo/a para Apoyarlo/a

Las Fortalezas de Mi Hijo

La Historia del Nacimiento de Mi Hijo

## **Capítulo 2: Información Médica**

Descripción General del Hogar Médico

Tener un Hogar Médico Significa Que los Cuidados de su Hijo son:

Gráfica de Atención Médica de Pediatría Preventiva

Historial Médico y del Desarrollo

Altura y Peso

Los Dientes de Mi Hijo

Registro de Medicamentos

Formulario de Seguimiento de Reacciones Alérgicas

Las Alergias de Mi Hijo

Pruebas / Rayos X / Pruebas de Laboratorio

Visitas al / Hospitalizaciones en el Departamento (Sala) de Emergencias

Los Cuidados Médicos de Emergencia de Mi Hijo

Registro de Equipo

Eliminación de Medicamentos No Utilizados

Almacenamiento de Medicamentos Recetados

Programa de Alternativas Comunitarias para Niños (CAP-C)

Notas para Llevar al Doctor

Resumen Médico Portátil- Formulario de Información de Emergencia para Niños Con Necesidades Especiales

## **Capítulo 3: Plan para el Programa de Infante-Niño (Nacimiento a 3 años de edad)**

Notas para Llevar al Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP por sus siglas en inglés)

Problemas con el IFSP / Registro de Resolución

Planificación de Transición al Programa Preescolar

Formulario de Visión para el Futuro

Notas / Problemas para Revisar en la Siguiete Reunión de IFSP El

IFSP de Mi Hijo

## **Capítulo 4: Plan para el Programa Pre-Escolar (3-5 años de edad)**

Notas para Llevar al Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés)

Problemas con el IEP / Registro de Resolución

Notas / Problemas para Revisar en la Siguiete Reunión de IEP

Formulario de Visión para el Futuro

El IEP de Mi Hijo

## **Capítulo 5: Edad Escolar K – Plan para el Programa de Transición**

Notas para Llevar al Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés)  
Problemas con el IEP / Registro de Resolución  
Notas / Problemas para Revisar en la Siguiete Reunión de IEP  
Un Resumen Rápido de la Planificación de Transición  
Información de la Escuela  
El IEP de mi Hijo

## **Capítulo 6: Transición a la Edad Adulta**

Formulario de Visión para el Futuro  
Cobertura de Atención Médica  
Lista de Verificación de Transición Cambiando Rol para Jóvenes  
Lista de Verificación de Transición Cambiando Rol para Familias  
Cronología para la Transición de los Servicios de Atención Médica Especiales de Niños para Jóvenes y Familias  
Formulario de Muestra de la Planificación de Transición de Atención Médica  
El Plan de Transición a la Atención Médica de Adultos de Mi Hijo

## **Capítulo 7: Salud Mental/Discapacidad del Desarrollo**

El Plan de mi Hijo Centrado en la Persona o de Apoyo Individual  
Preguntas / Formulario de Preocupaciones para Proveedores de Cuidado

## **Capítulo 8: Programa Público/ Recursos Financieros**

Hoja Informativa Sobre Medicaid  
Health Choice  
Hoja Informativa Sobre Ingresos del Seguro Social (SSI por sus siglas en inglés)  
Programa de Asistencia Alimentaria  
Hoja Informativa Sobre la Asistencia con Medicamentos Recetados

## **Capítulo 9: Papeles Legales**

Hoja Informativa Sobre Asuntos Legales  
Poder Notarial Médico  
El Papel Legal de Mi Hijo *esto es Tutela, Poder Notarial Médico*

## **Capítulo 10: Sitios Web Útiles, Formulario de Recursos**

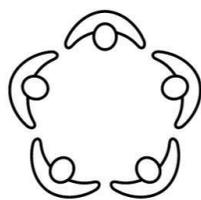
Índice de Acrónimo de la Sopa de Alfabeto  
Sitios Web  
Formulario para Hacer un Calendario  
Formulario para Monitorear la Dieta  
Formulario del Horario de Cuidados  
Registro de Citas  
Registro de Consultas

# **AGRADECIMIENTOS**

El contenido básico de esta libreta fue revisado de la Libreta de Cuidados de Mission Children's Hospital Family Support Network of WNC, y editado por el Subcomité de la Libreta de Cuidados de Enfoques Innovadores un proyecto subvencionado por medio de la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Polk y Colaboración de Recursos Comunitarios del Condado de Polk.

La Iniciativa de Enfoques Innovadores es apoyado por la División de Bienestar Infantil y Familiar de Carolina del Norte

*Con un agradecimiento especial a la Clase de  
Preparación Ocupacional de las Escuelas del  
Condado de Polk y sus maestros de apoyo en el  
ensamblado de esta Libreta de Cuidados.*



**Innovative  
Approaches**

**Partnering. Navigating. Thriving.**



NC DEPARTMENT OF  
**HEALTH AND  
HUMAN SERVICES**  
Division of Public Health



**SCAN FOR INFO**

# 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:	
<b>Médico de Atención Primaria/Proveedor del Hogar Médico</b>	
Nombre:	Teléfono Después de la hora de cierre:
Número de Teléfono	Fax:
<b>Atención de Urgencia/ Después de la Hora de Cierre/Enfermera Consejera</b>	
Nombre:	
Teléfono:	
<b>Información de Contacto Familiar</b>	
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:
<b>Alergias</b>	
Alimentos, _____ Medicamento, etc.	
<b>Información de Seguro</b>	
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:

**Departamento de Salud Pública - Enfermera**

Nombre:  Teléfono:

Dirección:  Correo Electrónico:

**Nutricionista**

Nombre:  Teléfono:

Dirección:  Correo Electrónico:

**Otro**

Nombre:  Teléfono:

Puesto/Agencia:  Notas:

# LOS COORDINADORES DE CUIDADOS

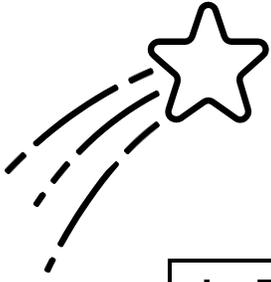
## DE MI HIJO

<b>Agencia:</b>	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	
<b>Agencia:</b>	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	

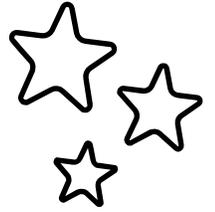
<b>Agencia:</b>	
Coordinador de Cuidados:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad:	Código Postal:
Notas:	

<b>Agencia:</b>	
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)

---

---

---

---





# 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](mailto: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. <sup>1</sup>



## USTED PUEDE HACER MEJORAS DEL HOGAR MÉDICO <sup>2</sup>

¡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.

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

<sup>2</sup> 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:

- \_\_\_\_\_ Vaginal: \_\_\_\_\_ de cabeza \_\_\_\_\_ de nalgas \_\_\_\_\_ se usó fórceps
- \_\_\_\_\_ 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.

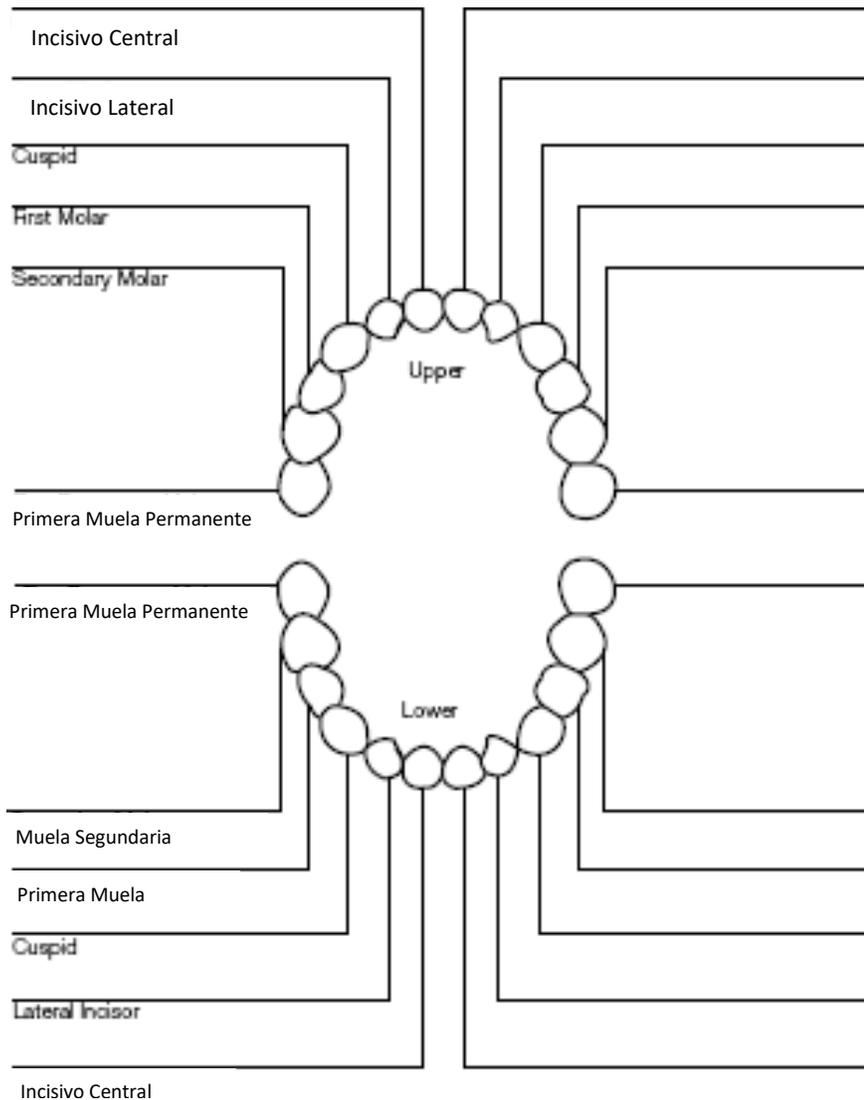
	Madre	Familia de la Madre	Padre	Familia del Padre
Defectos de Nacimiento:				
Trastorno Heredado:				
Muertes Infantiles:				
Problemas de Aprendizaje:				
Discapacidad Intelectual:				
Enfermedad/Debilidad Muscular:				
Enfermedad Neurológica:				
Mal Uso de Sustancias:				
Enfermedad Mental:				
Trastorno 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](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](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
<b>Derivaciones/Pruebas de Seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

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

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

# 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
<b>Derivaciones/Pruebas de Seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

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

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

# 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:		
<b>Médicos:</b>			
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:			

<b>Diagnósticos/ Procedimientos Anteriores/ Examen Físico:</b>	
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:	
<b>Alergias: Medicamentos/Alimentos que deben evitarse</b>	<b>y por qué:</b>
1.	
2.	
3.	
<b>Procedimientos que deben evitarse</b>	<b>y por qué:</b>
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](https://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.

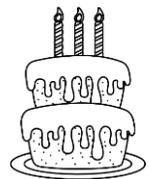
- La escuela completará cualquier evaluación necesaria para ayudar a determinar elegibilidad para servicios.
- Evaluaciones serán hechas durante este tiempo, tal como: Habla, Motora, Tecnología de Apoyo, Psicológico, Adaptable, Educacional, etc.

⇒ **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)*



# ¿Tiene su hijo (edad de tres a cinco años) necesidades especiales?

El Programa Preescolar de Carolina del Norte se enfoca en las necesidades educativas de su hijo. El Programa Preescolar de Carolina del Norte ofrece una variedad de servicios para ayudar a los niños pequeños edades de tres a cinco años. El Programa Preescolar se esfuerza por educar al niño para posibilitar que él o ella pueda participar en las actividades diarias.

Servicios del Programa Preescolar pueden incluir:

Audiología	Asesoramiento
Interpretación	Terapia ocupacional
Orientación/movilidad	Fisioterapia
Enfermera Escolar	Trabajador social
Habla / Lenguaje	Transportación

**Si su hijo tiene  
3 años – 21  
años de edad**

## Llame: Su Agencia Local de Educación (LEA por sus siglas en inglés)

Escuelas del Condado de Henderson ----- 828-697-4566

Escuelas del Condado de Polk ----- 828-894-2222

Sí es apropiado, este programa va a:

- Evaluar su hijo
- Desarrollar un Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés)
- Proporcionar servicios especiales para su hijo en la guardería u otro lugar adecuado
- Proporcionar educación especial y servicios de apoyo relacionados

**Si su hijo es  
de  
nacimiento-  
5 años de  
edad**

## Llame: Administración de la Atención para Niños en Riesgo (CMARC)

Departamento de Salud del Condado de Henderson 828-692-4223  
Departamento de Salud del Condado de Buncombe 828-250-5096

Polk: Servicios de Salud Comunitarios de Blue Ridge-- 828-894-2222

### 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 de padres-hijo
- Proporcionar información, apoyo y educación en curso

**Necesita  
Más  
Ayuda**

Centro de Recursos FIRST -----828-277-1315

Family Support Network of WNC (Cadena de Apoyo a la Familia de WNC) ----- 828-213-0033 Centro de Asistencia Excepcional para Niños (ECAC por sus siglas en inglés) -- 1-800-962-6817 Descargue la aplicación gratis del CDC Rastreador de hitos en [cdc.gov/MilestoneTracker](https://www.cdc.gov/milestonetracker/) Siga este link para el mapa de guía del IEP: [https://www.nchpad.org/fppics/NCHPAD IEP%20Roadmap.dpf](https://www.nchpad.org/fppics/NCHPAD%20IEP%20Roadmap.dpf)

# NOTAS PARA LLEVAR AL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP)

Esta es un formulario para ayudarle a preparar para el Programa de Educación Individual (IEP). El término IEP se utiliza para describir el plan para la educación de su hijo y los servicios proporcionados a través del sistema escolar. La reunión donde se crea el plan se llama un IEP.

---

¿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 IEP?

---

¿Qué tipo de ambiente escolar y servicios de apoyo cree usted que necesita su hijo?

---





# FORMULARIO DE LA VISION PARA EL FUTURO

Fecha:

Ideas para el futuro de mi hijo (habilidades sociales, habilidades recreativas, aprender los sueños de él, sus sueños, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Recursos para hacer realidad los sueños de mi hijo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# El Plan De Educación Individualizado (IEP) de mi hijo

*Inserte una copia del IEP corriente de su hijo. Esto debe incluir un Plan de Transición a la edad de 14 años.*

*Si usted no usa un IEP, entonces agregue su sección 504 y/o  
Plan de Salud individualizado (IHP) a esta sección.*



# ¿Tiene su Hijo (edad 5-21) Necesidades Especiales?

¿Está demostrando su hijo demoras en su desarrollo o está teniendo problemas académicos, físicos o emocionales significantes?

Su distrito escolar puede ayudar a determinar si su hijo necesita intervenciones o un plan especializado.

Usted es un miembro del equipo en hacer estas decisiones y en desarrollar un plan.

**Pueda que su hijo necesite un Plan de Acomodo de la Sección 504 o Plan de Salud Individualizado**

**El Plan 504** es un plan desarrollado para asegurar que un niño que tiene una discapacidad identificada bajo la ley y está asistiendo una institución educativa primaria o secundaria que recibe fondos federales, reciba acomodaciones que asegurarán su éxito académico y acceso al ambiente de aprendizaje.

**Plan Individualizado de Atención Médica (IHP por sus siglas en inglés)** es un plan para “estudiantes quienes sus necesidades de atención médica afectan o tienen el potencial de afectar su asistencia escolar segura y óptima, y desempeño académico.

**Pueda que su hijo necesite un Plan Individualizado Educativo y servicios de educación especial**

**Plan Individualizado de Educación (IEP por sus siglas en inglés)** es un plan o programa desarrollado para asegurar que un niño que tiene una discapacidad identificada bajo la ley y está asistiendo una institución educativa primaria o secundaria reciba enseñanza especializada y servicios relacionados.

**Llame: Su Agencia Local de Educación (LEA por sus siglas en inglés)**

Escuelas del Condado de Henderson-----828-697-4566

Escuelas del Condado de Polk ..... 828-894-3051

**¿Necesita Más Ayuda?**

Vea los recursos adicionales en la parte de atrás de su libreta de cuidado.

**Centro de Recursos FIRST (por sus siglas en inglés) ----- 828-277-1315**

**Family Support Network of WNC -----828-213-0033  
(Red de Apoyo Familiar de WNC)**

**Exceptional Children’s Assistance Center (ECAC)-----1-800-962-6817  
(Centro de Ayuda de los Niños Excepcionales)**

## ¿Cuál es la diferencia entre un IEP y un Plan 504?

**IEP Definido** – Plan Individualizado Educativo (IEP por sus siglas en inglés) es un plan o programa desarrollado para asegurar que un niño que tiene una discapacidad identificada bajo la ley y está asistiendo una institución educativa primaria o secundaria reciba enseñanza especializada y servicios relacionados.

**Plan 504 Definido** – El Plan 504 es un plan desarrollado para asegurar que un niño que tiene una discapacidad identificada bajo la ley y está asistiendo una institución educativa primaria o secundaria que recibe fondos federales, reciba acomodaciones que asegurarán su éxito académico y acceso al ambiente de aprendizaje.

**Diferencias Sutiles pero Importantes** – No todos los estudiantes que tienen discapacidades requieren enseñanza especializada. Para estudiantes con discapacidades que sí requieren enseñanza especializada, la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés) controla los requisitos procedimentales, y un IEP es desarrollado. El proceso de IDEA es más involucrado que el Sección 504 del Acta de Rehabilitación y requiere documentación de crecimiento medible. Para estudiantes con discapacidades que no requieren enseñanza especializada, pero necesitan la certeza que ellos recibirán acceso igual a la educación pública y servicios, un documento es creado para describir sus requisitos específicos de accesibilidad. Estudiantes con Planes de 504 no requieren enseñanza especializada, pero, tal como el IEP, el Plan 504 debe ser actualizado anualmente para asegurar que el estudiante está recibiendo las acomodaciones más eficaces para las circunstancias específicas de el/ella.

Se tomó prestado de: Molly's Place at the CHaD Family Center (el Lugar de Molly en el Centro Familiar CHaD)

# TERMINOS PARA SABER

**FAPE** (por sus siglas en inglés)

Los niños con discapacidades tienen derecho a una educación pública gratuita y adecuada (FAPE por sus siglas en inglés). Este asegura que cada niño reciba una educación que satisface sus necesidades individuales.

**IEP** (por sus siglas en inglés)

Un Programa de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) es un documento legalmente vinculante que establece metas para un niño elegible basado en sus necesidades y fortalezas únicas. El IEP explica los servicios y apoyos que brindará la escuela y cómo será monitoreado el progreso.

**Nivel Actual de Desempeño**

El nivel actual de desempeño sirve como punto de partida para el IEP del año entrante. El nivel actual de desempeño se enfoca en las fortalezas, necesidades y expectativas del nivel de grado del niño para el desempeño académico y funcional. Los niveles actuales juegan un papel importante en establecer metas anuales para el IEP.

**LRE** (por sus siglas en inglés)

Ambiente menos restrictivo (LRE, por sus siglas en inglés) significa que los estudiantes con discapacidades deben ser educados en el mismo entorno que los estudiantes sin discapacidades tanto como sea posible, siempre que se puedan satisfacer sus necesidades.

**Acomodación**

Una acomodación es un cambio realizado debido a la discapacidad de un estudiante para permitirle participar y beneficiarse de su educación. Las acomodaciones no cambian lo que se espera que un niño sepa.

**FBA** (por sus siglas en inglés)

Una evaluación de conducta funcional (FBA, por sus siglas en inglés) es un proceso que se usa para intentar entender los comportamientos desafiantes de un niño. Este intenta identificar cuándo y dónde ocurren comportamientos específicos y la función del comportamiento para el niño. Luego, la escuela redacta un plan de intervención conductual (BIP, por sus siglas en inglés), que describe cómo abordar los problemas.

**Servicios Relacionados**

Servicios especializados requeridos para que el estudiante se beneficie de la educación especial. Por ejemplo.:  
Terapia física, consejería y/o transporte.

**Notificación Previa por Escrito**

Las escuelas deben informar a los padres por escrito antes de que se realicen o rechacen cambios con respecto a la evaluación, la elegibilidad o el programa de educación especial de un niño.

**Garantías Procesales**

Las escuelas deben darles a los padres una explicación por escrito de los derechos que ellos y el estudiante tienen bajo IDEA (por sus siglas en inglés). A este a veces se le llama el manual de derechos de los padres.



907 Barra Row, Suite 102 | 103  
Davidson, NC 28036  
[www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org)  
704-892-1321 | [ecac@ecacmail.org](mailto:ecac@ecacmail.org)



¡Síguenos en las redes sociales!

## Su participación...

en el desarrollo de un Programa de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) que sea efectivo y adecuado es esencial para el éxito de su hijo.

Aunque el típico IEP normalmente cubre un período de 12 meses, cada IEP ayuda a consolidar la base para el futuro en la vida de su hijo. Piense en el adulto en el que su hijo se convertirá. Al planear, piense más allá de estos doce meses por venir.

p a s o

## UNO: Antes de la reunión del IEP:

**¡Revise!** El Acta para el Mejoramiento de la Educación de los Individuos con Discapacidades del 2004 (IDEA) requiere que las escuelas les den a los padres de los estudiantes con discapacidades una notificación por escrito con tiempo suficiente para que los padres puedan participar en la reunión del IEP. Esta notificación es conocida como **Invitación a la Conferencia/Notificación Previa por Escrito**. El Departamento de Educación Pública de Carolina del Norte considera que un aviso “adecuado” debe darse con anticipación de 7-10 días calendario. El aviso debe darse por escrito y en el lenguaje nativo del padre.

**Revise cuidadosamente la invitación o aviso y considere lo siguiente:**

- ¿El propósito de la reunión está especificado con claridad?
- ¿Mi hijo tiene 14 años de edad o cumplirá los 14 años durante los próximos 12 meses? Si es así, ¿Su hijo recibió su propia invitación por escrito para participar en la reunión del IEP, como se requiere para planificar la transición a la vida adulta?
- ¿Quiénes estarán presentes en la junta? ¿Cuáles son las funciones de estas personas en la reunión?
- ¿La invitación tiene adjunta la petición de un miembro del equipo solicitando se excuse su participación en la reunión?
- ¿La fecha, hora y lugar propuestos para la reunión son convenientes para usted?

**¡Responda!** Lea, firme y devuelva la Invitación a la Conferencia/ Notificación Previa por Escrito tan pronto como sea posible y guarde una copia para sus registros. Incluya en su respuesta por escrito, cualquiera de los siguientes puntos:

- Las fechas u horas alternativas que usted sugiere para reunirse, si es necesario.
- Una solicitud para participar vía conferencia telefónica o de otra forma, si usted no puede estar presente en la reunión.
- Una lista de las personas que usted desea invitar, si es el caso:
  - considere invitar a un amigo, familiar, profesional o alguien que le ayude a tomar notas.
- Una lista de sus preocupaciones o asuntos que desea tratar en la reunión: Esta **será su agenda personal**.
- Una solicitud para que se le envíe con anticipación suficiente la copia de cualquier borrador propuesto del IEP.
- Su aprobación o desacuerdo a cualquier solicitud de un miembro del IEP que haya solicitado una excusa para no participar en la reunión.
- Una nota, si usted planea grabar por audio la reunión.

**Asegúrese de que el tiempo programado para la reunión es suficiente para hablar sobre:**

- Los asuntos enumerados en la Invitación a la Conferencia.
- Las preocupaciones o asuntos de su agenda personal.

**¡Organice!** Cuidadosamente los registros y archivos de su hijo en un orden que le funcione bien a usted. Si le falta un documento importante, solicite una copia a la escuela.

Los registros y archivos de su niño deben incluir (según corresponda para su hijo):



- El IEP actual y los anteriores.
- Boletas de calificaciones.
- Ejemplos del trabajo de su hijo en clase.
- Resultados de las evaluaciones o valoraciones.
- Informes del progreso académico y del cumplimiento de las metas del IEP.
- Registros de comunicados, correo regular y/o electrónico y registro de llamadas telefónicas referentes a su hijo.
- Evaluaciones del Comportamiento Funcional (FBA).
- Planes de Intervención a la Conducta (BIP).
- Otros documentos tales como: El Plan Centrado en la Persona, informes de tutores, reportes y registros acerca del comportamiento, referencias de disciplina, registros médicos, reportes de terapias/tratamientos, etc.

**¡Prepare!** Al mismo tiempo en que usted se prepara para la junta del IEP y revisa la documentación de su hijo, pregúntese lo siguiente:

1. **¿Qué se ha logrado?**
2. **¿Qué ha funcionado bien hasta ahora?**
3. **¿En qué se necesita trabajar más?**
4. **¿Cuáles son mis preocupaciones? ¿Cuáles son las preocupaciones de mi hijo?**

- Visite la página de internet de ECAC, [www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org) para descargar y revisar los siguientes documentos:
  - El Perfil Positivo del Estudiante.
  - Las formas del IEP en blanco y otras hojas de llenado o formas oficiales.
  - Las Polizas que Gobiernan los Servicios para Niños con Discapacidades en Carolina del Norte.
  - Garantías de Procedimiento: Manual de Derechos de los Padres.
  - Seleccione el ícono de **YouTube** para ver los videos de **ecac** acerca del IEP.
- Escriba sus preguntas en una lista dando prioridad a sus solicitudes y preocupaciones más importantes.
- Escriba la visión actual y a futuro que usted tiene sobre su hijo.
- Haga copias de su agenda personal o pida a la escuela que haga copias de su agenda (*temas o asuntos que desea tratar y resolver*).
- Reúna los documentos que le ayudarán a apoyar sus solicitudes: evaluaciones privadas, notas del terapeuta, hojas informativas basadas en la investigación, registros de las últimas pruebas, etc.
- Si es apropiado, pregúntele a su hijo acerca de cómo van las cosas en la escuela. ¿Qué es lo que funciona o no para él?
- Si su hijo va a asistir a la junta, prepárelo para participar.
- Considere traer a la reunión fotos o un video corto de su hijo.
- Entregue o envíe una nota para recordar a sus invitados los detalles de la reunión.
- Pregunte al (los) maestro (s) acerca del progreso de su hijo y cualquier preocupación o ideas que usted tenga para llevar a cabo el próximo año.



## La reunión del IEP:

*¡Participe!*

Es importante que cada miembro del equipo del IEP esté preparado para trabajar juntos, incluido usted. Al escribir el IEP que será apropiado para su hijo, el equipo debe considerar y utilizar una amplia variedad de datos e información, incluyendo la información que usted tiene para compartir.

### Los pasos siguientes le ayudarán a participar efectivamente en la reunión del IEP:

- Recuerde traer con usted sus notas, registros y cualquier otra información que necesite para la reunión. No olvide un lápiz, bolígrafo, papel y recuerde traer fotos o un video de su hijo, si lo desea.
- Llegue a la reunión 10-15 minutos antes de la hora planeada para su inicio.
- Reúname y hable con cualquier persona que usted haya invitado, antes de entrar a la reunión.
- Solicite que los miembros asistentes se presenten, si es necesario que aclaren el papel o puesto que desempeñan.
- Pregunte quién es responsable de escribir las notas o la minuta de la reunión. *Revise las notas periódicamente durante la reunión, para asegurarse que son claras, precisas y bien detalladas.*
- Revise la agenda de la reunión del IEP.
- Entregue copias de su agenda (*si preparó alguna*) a cada miembro del equipo.
- Comparta sus ideas, opiniones y sentimientos durante la reunión.
- Escuche cuidadosamente lo que se dice.
- Si algo no está claro, pregunte según sea necesario para asegurarse que entendió completamente lo que se ha dicho, antes de seguir adelante.
- Solicite un breve receso si usted lo necesita.

*¡Recuerde que USTED es el experto con lo relacionado a su hijo!*

### Quince minutos antes de que termine la reunión:

- Revise la minuta de la reunión y la Notificación Previa por Escrito para asegurar su precisión. (Formulario DEC 5)
- Asegúrese de que todas sus preocupaciones fueron escuchadas.
- Asegúrese de que el lenguaje utilizado en la reunión del IEP sea claro y específico, lo suficiente para ser entendido por cualquier persona – ¡incluso por alguien que no está presente en la reunión!
- Si hay un problema sin resolver o si faltó tiempo para abordar un asunto, solicite programar otra reunión del IEP.
- Identifique quién es responsable de llevar a cabo cada parte del IEP y de cualquier otra actividad a la que habrá que darle seguimiento.
- Firme el IEP. Su firma documenta **su presencia y participación** en el desarrollo del IEP.
- Si usted no está de acuerdo con cualquier parte del IEP, exprese su inconformidad por escrito en el formulario IEP, junto a su firma o en el margen en blanco.
- Agradezca a los demás miembros del equipo por su participación, sus esfuerzos y sus ideas.

**Nota importante:** Usted tiene derecho a una copia completa del IEP de su hijo. Si esta copia no se le ofrece, solicítela antes de salir de la junta. Asegúrese de llevársela con usted, incluso si le prometen que le enviarán una copia más adelante.

Al final de la junta, usted también podría recibir copias de otros documentos relacionados con educación especial. Una vez que llegue a casa y cuando la reunión todavía esté fresca en su memoria, tome tiempo para revisar todo. Si es necesario hacer aclaraciones o correcciones, contacte por escrito a la escuela de inmediato. ¡Conserve estos documentos con el resto de los registros de su hijo, esto es siempre un buen consejo!

## paso **TRES:**

# Después de la reunión del IEP:

*¡De Seguimiento!* Felicidades, usted ha completado un paso importante en la educación de su hijo. Este es un buen momento para reflexionar acerca de su experiencia en la reunión del IEP y para hacer algunas notas sobre cómo mejorar este proceso para su próxima reunión.

- Escriba una nota o una carta de agradecimiento a las personas que usted invitó a la reunión y si lo desea, a los demás miembros del equipo.
- Si es necesario, escriba cartas de aclaración para abordar cualquier preocupación, preguntas, áreas que quedaron sin resolver, etc.
- Considere la posibilidad de compartir una copia del IEP con otros profesionales que trabajan con su hijo.
- Asegúrese de que **TODOS** los maestros de su hijo estén enterados de que el IEP se ha actualizado.

### *¡Recuerde!...*

*el final de la reunión del IEP es el principio de una educación apropiada para su hijo. Permanezca enfocado y actúe durante todo el año:*

- SUPERVISE** la educación de su hijo para asegurar la implementación adecuada del IEP y para asegurar que su hijo está haciendo el progreso adecuado.
- COMUNÍQUESE** constantemente con los maestros de su hijo y otros educadores. Comparta los éxitos y aborde cualquier problema tan pronto como se presente.
- HAGA TIEMPO** para revisar periódicamente el IEP y solicite una reunión del IEP para hacer cambios, si es necesario.
- COMUNÍQUESE** con *ecac* al **1-800-962-6817** o visite nuestra página de internet: **www.ecac-parentcenter.org**



**ecac**  
exceptional children's  
assistance center

*Empowering Families ☆ Improving Lives*

**ECAC es el Centro de Capacitación e Información  
para Padres de Carolina del Norte (PTI)**

Todos los servicios son proporcionados sin costo alguno para los padres, estudiantes y familias.

**1-800-962-6817 | [www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org)**



ecac -  
North Carolina's  
Parent Center



ecacOrg



¡Siga nuestro Blog!  
AsKECAC.org



Revised  
January  
2013

# Trabajando con los maestros de su hijo

## Lista de verificación para padres

Es importante tener una relación positiva con el maestro de su hijo. Comunicación efectiva y positiva es clave en construir una asociación para ayudar a su hijo tener éxito.

Trabajando con Maestros / Escuela	¡Ya lo hago!	¡Lo intentaré!
Yo hablo con los maestros de mi hijo sobre su trabajo y les cuento lo que necesitan saber sobre mi hijo.		
Si yo no entiendo lo que está pasando en la escuela, yo me pongo en contacto con el maestro.		
Si mi hijo está preocupado por problemas escolares, yo hablo con mi hijo y con el maestro para averiguar qué está sucediendo.		
Yo trato de mostrar respeto a los maestros de mi hijo y trabajar con ellos en nombre de mi hijo.		
Yo averiguo todo lo que puedo sobre la escuela que asiste mi hijo.		
Si es posible, yo asisto a las reuniones de PTA o PTO.		
Si yo noto que mi hijo está teniendo problemas en una materia, Yo hablaré con el maestro de mi hijo y averiguaré cómo puedo ayudar.		
Me reúno con el maestro temprano en el año antes de que surja algún problema.		
Si el maestro ha sido especialmente servicial y cooperativo, le enviaré una nota de agradecimiento y le pasaré el cumplido al director.		
Yo marco fechas importantes en mi calendario.		
Yo mantengo y organizo los récords de la escuela relevante al IEP de mi hijo.		
Yo me preparo y asisto a conferencias de padres / maestros, reuniones del Plan Educativo Individualizado u otras reuniones escolares individualizadas.		
Yo tengo un sistema de comunicación con el maestro de mi hijo (Por ejemplo: cuaderno de comunicación diario, carpeta semanal, información de contacto programada, etc.).		

Adaptado del kit de recursos de alfabetización para padres: Familias ayudando a los niños volverse mejor lectores.  
Subvención de Mejora del Estado de Tennessee y el programa de Alfabetización Pages Ahead. [www.pageahead.org](http://www.pageahead.org)

---

**Centro de Asistencia para Niños Excepcionales (ECAC por sus siglas en inglés)**

907 Barra Row, Suites 102/103 Davidson, NC 28036 (704) 892-1321

Línea de información para padres: 1-800-962-6817

[www.ecacparentcenter.org](http://www.ecacparentcenter.org)

# INFORMACIÓN ESCOLAR

(KINDER HASTA LOS AÑOS DE TRANSICIÓN)

## Preescolar

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre del Terapeuta del habla-Lengua/ Fisioterapeuta/ Terapeuta Ocupacional ST/PT/OT (por sus siglas en inglés):	Teléfono de ST/PT/OT por sus siglas en inglés:
Otro:	

## Preescolar

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

## Kínder

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

## Primer Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

## Segundo Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Tercer Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Cuarto Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Teléfono del Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:
ST/PT/OT Nombre:	ST/PT/OT Teléfono:
Otro:	

### Quinto Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Sexto Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Séptimo Grado

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

---

### Octavo Grado

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Noveno Grado

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Decimo Grado

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Undécimo Grado

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Duodécimo Grado

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

### Año de transición

Escuela:	Dirección:
	Teléfono del
Director:	Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:

Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

**Año de transición**

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

**Año de transición**

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	

**Año de transición**

Escuela:	Dirección:
Director:	Teléfono del Director:
Profesor/ Ayudante/ Especialista en Inclusión:	Profesor/ Ayudante/ Teléfono del Especialista en Inclusión:
Nombre de ST/PT/OT:	Teléfono de ST/PT/OT:
Otro:	



# NOTAS PARA LLEVAR AL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP)

Esta es una forma para ayudarla preparar para el Programa de Educación Individual (IEP). El término IEP se utiliza para describir el plan para la educación de su hijo y los servicios proporcionados a través del sistema escolar. La reunión donde se crea el plan se llama IEP.

---

¿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 IEP?

---

¿Qué tipo de ambiente escolar y servicios de apoyo cree usted que necesita su hijo?

---







# El Plan De Educación Individualizado (IEP) de mi hijo

*Inserte una copia del IEP corriente de su hijo. Esto debe incluir un Plan de Transición a la edad de 14 años.*

*Si usted no usa un IEP, entonces agregue su sección 504 y/o  
Plan de Salud individualizado (IHP) a esta sección.*

# Un Resumen Rápido de la Transición

La vida está llena de transiciones, y una de las más extraordinarias ocurre cuando nos preparamos para dejar la escuela secundaria y salir al mundo como jóvenes adultos. Cuando el estudiante tiene una discapacidad, es especialmente útil planear con anticipación esa transición.

- Los servicios de transición sirven para preparar a los estudiantes pasar del mundo de la escuela al mundo de la edad adulta.
- La planificación de la transición comienza a más tardar durante la escuela secundaria.
- La Ley de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) requiere que la planificación de la transición comience para cuando el estudiante cumpla 16 años.
- La planificación de la transición puede comenzar antes (cuando el estudiante es menor de 16 años) si el equipo de IEP decide que sería apropiado hacerlo.
- La planificación de la transición se lleva a cabo como parte del desarrollo de el Programa de Educación Individualizada (IEP).
- El equipo de IEP (que incluye al estudiante y a los padres) desarrolla el plan de transición.
- El estudiante debe ser invitado a cualquier reunión de IEP donde se consideren las metas postsecundarias y los servicios de transición necesarios para alcanzar esas metas. Esto es particularmente importante a partir de los 14 años para que el niño pueda ser parte del proceso. Por supuesto, la participación de los padres debe continuar aun mientras el niño vaya creciendo.
- En la planificación de la transición, el equipo de IEP considera áreas como la educación postsecundaria o el entrenamiento vocacional, empleo, residencia y la participación comunitaria.
- Los servicios de transición deben de ser un grupo de actividades orientadas hacia producir resultados.
- Los servicios de transición son basados a las necesidades del estudiante y deben de tener en cuenta las preferencias e intereses de él o ella.



# Transición a la edad adulta- Lo que Usted Necesita Saber

## A simple vista

La vida está llena de transiciones, y una de las más notables ocurre cuando nos preparamos para dejar la escuela secundaria y salir al mundo como adultos jóvenes. Cuando el estudiante tiene una discapacidad, es especialmente útil planear con anticipación para esa transición. De hecho, la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) lo requiere.

El plan de transición ayuda a los niños con IEP a prepararse para la vida después de la escuela secundaria. Bajo la ley federal, la planificación de la transición debe comenzar para cuando su hijo cumpla 16. La planificación es más que solo la universidad-cubre trabajos y habilidades para la vida diaria también.

## ¡Planificación y Comunicación es Clave!

### Los Dominios de la Edad Adulta Para Considerar

La definición de servicios de transición menciona dominios específicos de la edad adulta para ser tratados durante la planificación de la transición.

- Educación Postsecundaria
- Educación Vocacional
- Empleo Integrado (Incluyendo el empleo apoyado)
- Educación Continua y Adulta
- Servicios para adultos
- Vivienda independiente
- Participación en la Comunidad

### Consejos que puede ayudar la transición de su hijo a la edad adulta

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar habilidades de autodeterminación y autodefensa</li><li>• Conectar con proveedores de servicios de adultos</li><li>• Ampliar redes sociales y apoyo comunitario</li><li>• Explorar opciones de vivienda</li><li>• Componer un currículum de trabajo</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Planear para las necesidades de atención médica</li><li>• Aprender habilidades “suaves” de empleo</li><li>• Visitar programas postsecundarios de capacitación y educación</li><li>• Practicar habilidades de administración de dinero</li><li>• ¡Prepararse para el cambio!</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Cronología para la Transición de los Servicios Médicos para Padres/Cuidadores

12 a 13  
años

- Ayude al adolescente a conocer su estado de salud, medicamentos y alergias.
- Anime al adolescente a hacerle preguntas a su médico sobre su salud.
- Pregúntele al médico de su hijo si, en algún momento, deja de brindar servicios a jóvenes adultos y, de ser así, a qué edad.

14 a 15  
años

- Infórmese acerca de lo que el adolescente sabe sobre su salud, servicios e historial médico familiar. Tanto usted como su hijo pueden participar en las evaluaciones de preparación para la transición de Got Transition\* y hablar sobre ellas entre ustedes y con el médico.
- Asegúrese de que el adolescente lleve consigo su tarjeta del seguro médico.
- Ayude a su hijo a conocer más sobre su salud y qué hacer en caso de emergencia.
- Ayude a su hijo a practicar calendarizar una cita con el médico y solicitar un resurtido de medicamentos recetados (ya sea por teléfono, en línea o mediante una aplicación).
- Anime al adolescente a ver al médico a solas durante una parte de las visitas para ayudarlo a adquirir independencia en el manejo de su salud y servicios médicos.

16 a 17  
años

- Anime al joven a que calendarice citas con el médico, vea al médico a solas, le haga todas las preguntas que desee y solicite la receta para surtir sus medicamentos.
- Pídale al médico que hable con su hijo sobre los derechos de confidencialidad que adquirirá cuando cumpla 18 años.
- Trabaje con su hijo y el médico a hacer y compartir su historial médico.
- Antes de que el adolescente cumpla 18 años y se convierta legalmente en un adulto, analice si necesitará ayuda para tomar decisiones relacionadas con sus servicios médicos. Si es así, solicite recursos locales a su sección local de Family Voices (Voces de Familias).
- Hable con su hijo sobre a qué edad desea transferirse a un médico nuevo de servicios médicos para adultos.

18 a 21  
años

- A los 18 años, su hijo se convierte legalmente en un adulto y es legalmente responsable de sus servicios médicos. Usted no puede acceder a la información médica de su hijo ni estar presente en sus visitas médicas, a menos que el joven adulto esté de acuerdo o que se hayan completado ciertos formularios legales.
- Si necesita recursos locales en relación con la toma de decisiones con apoyo, solicite ayuda a su sección local de Family Voices (Voces de Familias).
- Averigüe si hay cambios adicionales al cumplir los 18 años que puedan afectar al joven adulto a su cargo (por ejemplo, seguro médico, ingresos de seguro social).
- Anime al joven adulto a pedirle ayuda a su médico actual para encontrar un médico nuevo para adultos. Asegúrese de que el médico nuevo acepte el seguro médico del joven adulto y ayude al joven a preguntar si la visita tiene algún costo.
- Anime al joven adulto a que conserve una copia de su historial médico y a que lleve siempre consigo la información de su seguro médico.

22 a 25  
años

- Anime al joven adulto a recibir servicios médicos para adultos, a aprender a administrar su salud y servicios médicos y a actualizar su historial médico.
- Anime al joven adulto a que siga contando con un seguro. Si el joven adulto cambia de seguro médico, anímelo a asegurarse de que su médico acepte su seguro y a preguntar si la visita tiene algún costo.

\*Para acceder a la Evaluación de preparación para la **transición para jóvenes**, visite <https://gottransition.org/6ce/leaving-readiness-assessment-youth-es>

\*Para acceder a la Evaluación de preparación a la **transición para padres/cuidadores**, visite <https://gottransition.org/6ce/leaving-readiness-assessment-parent-es>.



## Preparación para la Transición Cambiando Roles para las Familias

Compare sus respuestas con su hijo. Es posible que usted se sorprenda de lo que él sabe o lo que quiere aprender. Trabaje en un plan para aumentar sus habilidades de atención médica. Comparta con el equipo médico las habilidades en las que usted y su hijo están trabajando. Se toma tiempo y práctica para aprender y demostrar estas habilidades. ¡El mejor momento para comenzar es hoy!

<b>Salud y Bienestar 101</b> <b>Las Habilidades Básicas</b>	<b>Sí, yo</b> <b>hago</b> <b>esto</b>	<b>Yo</b> <b>quiero</b> <b>hacer</b> <b>esto</b>	<b>Yo</b> <b>necesito</b> <b>aprender</b> <b>como</b>	<b>Alguien más</b> <b>tendrá que</b> <b>hacer esto-</b> <b>¿Quién?</b>
<b>CONOCIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD / DIAGNÓSTICO</b>				
1. Mi hijo/a entiende sus necesidades de atención médica y discapacidad y puede explicar estas necesidades a otros.				
2. Mi hijo/a puede explicarles a otros cómo las costumbres y creencias de nuestra familia pueden afectar las decisiones de atención médica y los tratamientos médicos.				
3. Mi hijo/a conoce su punto de referencia de la salud y bienestar (pulso, frecuencia respiratoria, hábitos de eliminación)				
4. Mi hijo/a conoce los síntomas de la salud que necesitan atención médica rápida.				
5. Mi hijo/a sabe qué hacer en caso de que tenga una emergencia medica				
<b>ESTAR PREPARADO</b>				
6. Mi hijo/a lleva su tarjeta de seguro médico todos los días				
7. Mi hijo/a lleva su información de la salud importante con él/ella todos los días (esto es: resumen médico, incluido el diagnóstico médico, lista de medicamentos, información sobre alergias, números del médico, número de la farmacia, etc.)				
<b>TOMANDO EL CARGO</b>				
8. Mi hijo/a llama para sus propias citas con el médico.				
9. Mi hijo/a sabe que él/ella tiene la opción de ver al médico él/ella solo/a.				
10. Antes de una cita con el médico, mi hijo/a prepara preguntas escritas para hacer.				
11. Mi hijo/a le da seguimiento a sus propias citas y fechas de vencimiento de los resurtidos de prescripciones.				
12. Mi hijo/a llama para que le vuelvan a surtir sus recetas.				
13. Mi hijo/a tiene parte en archivando los expedientes médicos y recibo en casa.				
14. Mi hijo/a paga los copagos de las visitas médicas.				
15. Mi hijo/a firma conjuntamente el formulario "permiso para tratamiento médico" (con o sin el sello de firma) o puede indicar a otros hacerlo)				
16. Mi hijo/a ayuda a monitorear su equipo médico para que esté en buen estado de funcionamiento (mantenimiento diario y rutinario).				
<b>DESPUÉS DE LOS 18</b>				
17. Mi hijo/a y nuestra familia tenemos un plan para que el/ella pueda mantener mi seguro de salud después de cumplir 18 y 26.				
18. Mi hijo/a estará preparado para firmar sus propios formularios médicos (HIPAA, permiso para el tratamiento, divulgación de registros)				
19. Mi hijo/a y nuestra familia hemos hablado y planeamos desarrollar un poder notarial para las decisiones de atención médica en caso de que la salud cambie y él / ella no pueda tomar decisiones para él/ella mismo/a. (¡Todos en la familia deberían tener uno!)				

Usted esta bienvenida a usar Cambiar roles "tal cual" o adaptarlo a su entorno o necesidades. Revisado en 2011 por Patti Hackett, MEd. Esta herramienta fue adaptada , de los fondos federal de la herramienta HRSA / MCHB HRTW - Changing Roles, desarrollada por Patti Hackett , Ceci Shapland y Mallory Cyr, 2006, 2009.



## Preparación para la Transición Cambiando Roles para Jóvenes

Compare sus respuestas con su familia. Es posible que ellos se sorprendan por lo que sabes o lo que quieres aprender. Trabaje en un plan para aumentar sus habilidades de atención médica. Comparta con el equipo médico las habilidades en las que usted está trabajando. Toma tiempo y práctica para aprender y demostrar estas habilidades. ¡El mejor momento para comenzar es hoy!

<b>Salud y Bienestar 101</b> <b>Las Habilidades Básicas</b>	<b>Sí yo hago esto</b>	<b>Yo quiero hacer esto</b>	<b>Yo necesito aprender como</b>	<b>Alguien más tendrá que hacer esto- ¿Quién?</b>
<b>CONOCIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD / DIAGNÓSTICO</b>				
1. Yo entiendo mis necesidades de atención médica y discapacidad y puedo explicar mis necesidades a otros.				
2. Yo puedo explicarles a otros cómo las costumbres y creencias de nuestra familia pueden afectar las decisiones de atención médica y los tratamientos médicos.				
3. Yo conozco mi punto de referencia de la salud y bienestar (pulso, frecuencia respiratoria, hábitos de eliminación)				
4. Yo conozco mis síntomas de la salud que necesitan atención médica rápida.				
5. Yo sé qué hacer en caso de que tenga una emergencia médica				
<b>ESTAR PREPARADO</b>				
6. Yo llevo mi tarjeta de seguro médico todos los días				
7. Yo llevo mi información de la salud importante conmigo todos los días (esto es: resumen médico, incluido el diagnóstico médico, lista de medicamentos, información sobre alergias, números del médico, número de la farmacia, etc.)				
<b>TOMANDO EL CARGO</b>				
8. Yo llamo para mis propias citas con el médico.				
9. Yo sé que tengo la opción de ver al médico solo.				
10. Antes de una cita con el médico, yo preparo preguntas escritas para hacer.				
11. Yo le doy seguimiento a mis propias citas y fechas de vencimiento de los resurtidos de prescripciones.				
12. Yo llamo para que vuelvan a surtir mis propias recetas.				
13. Yo tengo parte en archivar los expedientes médicos y recibos en casa.				
14. Yo pago los copagos de las visitas médicas.				
15. Yo firmo conjuntamente el formulario "permiso para tratamiento médico" (con o sin el sello de firma o puedo indicarle a otros hacerlo).				
16. Yo ayudo a monitorear mi equipo médico para que esté en buen estado de funcionamiento (mantenimiento diario y rutinario).				
<b>DESPUÉS DE LOS 18</b>				
17. Mi familia y yo tenemos un plan para que yo pueda mantener mi seguro médico después de cumplir 18 y 26 años.				
18. Yo firmo mis propios formularios médicos (HIPAA, permiso para el tratamiento, divulgación de registros)				
19. Mi familia y yo hemos hablado y planeamos desarrollar un poder notarial para las decisiones de atención médica en caso de que mi salud cambie y yo no pueda tomar decisiones para mí mismo. (¡Todos en la familia deberían tener uno!)				

Usted está bienvenido a usar Cambiar roles "tal cual" o adaptarlo a su entorno o necesidades. Revisado en 2011 por Patti Hackett, MEd. Esta herramienta fue adaptada, de los fondos federal de la herramienta HRSA / MCHB HRTW - Changing Roles, desarrollada por Patti Hackett, Ceci Shapland y Mallory Cyr, 2006, 2009.

# Orientación para la Transición a la Edad Adulta

## Opciones de Vivienda

- **Sitios web de vivienda Creative y comunidades terapéuticas**

[https://firstwnc.org/housing-options/?fl\\_builder](https://firstwnc.org/housing-options/?fl_builder)

## Servicios de empleo y vocacionales

La planificación para el empleo puede comenzar cuando su hijo esté en la escuela secundaria utilizando su Plan de Transición como primer paso. Puede haber una variedad de opciones disponibles después de la graduación con las que su coordinador de cuidado puede ayudarle. La Rehabilitación Vocacional puede ser otra fuente de muestreo y entrenamiento laboral.

- **Servicios Vocacionales de Polk ----- 828-894-3041**

Por más de 50 años, Servicios Vocacionales de Polk o PVS (por sus siglas en inglés) ha estado sirviendo a personas con discapacidades y otras barreras de la vida en Polk y los condados circundantes. Estamos orgullosos de ser el empleador de fabricación más grande en el condado de Polk. Empoderado por nuestra fabricación centrada en la calidad, PVS es capaz de proporcionar empleo significativo y servicios de apoyo para personas de todas habilidades. Siempre estamos buscando nuevas personas para unirse a la familia de PVS, incluidos aquellos que buscan un empleo significativo, así como aquellos que podrían beneficiarse de nuestros servicios de apoyo. Las ofertas incluyen servicios diurnos, comunitarios y residenciales. Ubicación: 451 Industrial Park Drive, Columbus NC 28722.

## Transición de Atención Médica

Consulte con el médico de cabecera de su hijo antes de los 16 años para desarrollar un plan para la transición a la atención médica para adultos.

- **Obtuvo Transición (Got *Transition*)** Centro Nacional de Recursos sobre la transición de atención médica

<https://www.gottransition.org/>

- **En Transición *Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (CYSHCN por sus siglas en inglés)* de la Atención Pediátrica a la de Adultos**

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

## Servicio Selectivo

Si su hijo puede “funcionar en público con o sin ayuda”, usted es requerido registrarlo en el Sistema de Servicio Selectivo. Aunque su hijo tenga una discapacidad que cree que lo descalificaría para el servicio militar, aún debe registrarse, ya que su clasificación adecuada se determinará después.

[www.sss.gov](http://www.sss.gov)

## **Opciones basadas en la universidad**

Opciones de Universidad de Carolina del Norte para estudiantes con Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo.

La siguiente información de recursos contiene información sobre programas de educación postsecundaria, incluidos los colegios universitarios y universidades en Carolina del Norte, así como en otros estados.

- **Fundación Universitaria de Carolina del Norte** Para aprender más sobre las oficinas para estudiantes con discapacidades en todas las universidades en NC, [www.cfnc.org](http://www.cfnc.org) o llame al 1-866-CFNC (2362) para hablar con un representante.
- **La Alianza de Educación Postsecundaria de Carolina del Norte**  
<http://www.cidd.unc.edu/psea/>
- **Piensa Universidad (Think College)** Este directorio incluye información sobre 308 programas universitarios para estudiantes con discapacidad intelectual.  
<https://thinkcollege.net/college-search>

## **Transición Secundaria y Recursos Educativos**

- **Escuelas Públicas de Carolina del Norte – Niños Excepcionales**  
<https://ec.ncpublicschools.gov/disability-resources/intellectual-disabilities/secondary-transitions>
- **Universidades Asequibles en Línea**  
<https://www.affordablecollegesonline.org/college-resource-center/resources-for-students-with-disabilities/>

## **Transición General y Recursos para Cuando se Supera la Edad Límite**

- **Youth.gov** <https://youth.gov/youth-topics/transition-age-youth>
- **La Salud de las Mujeres y Niños – Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (CYSHCN por sus siglas en inglés) –** División de la Salud Pública de NC  
<https://publichealth.nc.gov/wch/families/cyshcn.htm>
- **Consejo de NC sobre Recursos de Transición de Discapacidades del Desarrollo**  
<https://nccdd.org/welcome/a-z-resources-list/category/transition.html>
- **Obtuvo Transición (Got Transition)**  
<https://ec.ncpublicschools.gov/disability-resources/intellectual-disabilities/secondary-transitions>

## PLAN DE CUIDADOS DE LA ACCIÓN DE TRANSICIÓN

Nombre del Niño / del Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Paciente \_\_\_\_\_ Padres/ tutores: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Primario: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

Preocupaciones Principales	Información Actual Relacionada	Planes/Intervenciones Actuales	Persona(s) Responsable(s)	Fecha – Iniciales	Fecha de Revisión

<p><b>Temas a Revisar</b></p> <p>Promoción de la Salud</p> <p>Manejo de Condición de la Salud</p> <p>Seguro Médico</p> <p>Independencia Funcional</p>	<p>Metas/Planes de la Escuela Secundaria</p> <p>Planes postsecundarios</p> <p>Planes de Trabajo</p> <p>Problemas con Vivienda Independiente</p> <p>Inclusión Comunitaria</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Transición de Atención Médica para Adultos

(Inserte copias del Plan de Transición



## ¿Su Hijo Necesita Apoyo Extra?

Si su hijo es diagnosticado o usted sospecha que su hijo tiene una discapacidad del desarrollo, una preocupación de la salud mental o un problema de abuso de sustancias tal vez haya servicios basados en la comunidad disponibles para ayudar a su familia. Para determinar si su hijo es elegible para los servicios, usted debería contactar su Entidad de Administración Local (LME por sus siglas en inglés), **Vaya Health** en su Línea confidencial de Acceso a Atención al 1-800-849-6127.

Si no califica para estos servicios, puede que haya servicios a través de la escuela de su hijo, a través del Departamento de la Salud Pública local, o a través de otras agencias comunitarias.

Abajo están los tipos de preguntas que usted debe de estar listo para responder:

- *¿Cuál fue la razón por la que llamó hoy?*
- *¿Su hijo alguna vez ha recibido un diagnóstico de la salud mental, discapacidad del desarrollo o del uso de sustancias?*
- *¿Está preocupada que puedan lastimarse a sí mismos o a otra persona?*  
*¿Cuál es el nombre de su hijo? ¿Dónde vive? Fecha de nacimiento*
- *¿Tiene su hijo Medicaid o seguro privado? ¿Ellos no tienen seguro?*

CONSEJO: Este es el tiempo para ser muy honesto acerca de su hijo. Hable sobre un día típico con su hijo y su comportamiento normal, puede que no sea su mejor día. Su respuesta va a ayudar a determinar el tipo de necesidad que su hijo y su familia tienen en este momento.

### Para obtener ayuda

Llame: **Línea de Acceso a Atención de VAYA Health 1-800-849-6127**

**Línea gratuita 24 horas al día, 7 días a la semana**

**¿Tiene problemas de audición? Para NC Relay, marque 711.**



Este número confidencial gratuito está disponible para personas en crisis o buscando información sobre servicios de la salud mental (MH por sus siglas en inglés), uso de sustancias (SU por sus siglas en inglés) o discapacidad intelectual/del desarrollo (IDD por sus siglas en inglés) en el oeste de Carolina del Norte.

\* Privacidad de los miembros de VAYA Health: debe de tener en cuenta que se puede proporcionar información sin su consentimiento para ayudar en el tratamiento y la coordinación de atención, para operaciones de atención médica tal como pago, para atención de emergencia y para los agentes del orden público para que cumplan con una orden judicial. Reglas especiales pueden aplicar si tiene un tutor legal designado, es menor de edad, está recibiendo tratamiento por consumo de sustancias o se le diagnostica VIH / SIDA.

### Recursos adicionales

Aquí hay algunos otros recursos para usar en una emergencia:

**Línea Nacional de Suicidio**-----1-800-273-8255

**Línea de Manejo de Crisis Móvil por Servicios de Salud de RHA**  
Disponible 24/7, sin costo. ----- 1-888-573-1006

# Salud Mental

**LLAME al 911 o 988 si esta es una emergencia médica o potencialmente mortal.**

Si necesita a la policía, pregunte por un Equipo de Intervención de Crisis (oficial de CIT por sus siglas en inglés). Ellos han recibido capacitación adicional sobre el manejo de estas situaciones.

Si esto NO es una emergencia médica o potencialmente mortal, llame a United Way al 2-1-1 para encontrar recursos cerca de usted.

## Encuentre Ayuda aquí:

**Vaya Health** Centro de Acceso 1- 800-849-6127  
o para TTY por sus siglas en inglés  
contacte NC Relay al 711.

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los especialistas en servicio al cliente lo ayudarán a encontrar un proveedor de crisis que esté bien adaptado a sus necesidades. Si usted ya tiene un proveedor de servicios, llámelo primero. Los proveedores que lo conocen generalmente están mejor preparados para ayudarlo en una crisis.

### Que el Apoyo Venga a Usted.

Línea de crisis móvil de servicios de RHA Salud de Comportamiento----- 1-888-573-1006  
Situaciones de crisis a menudo se resuelven mejor en casa. Los equipos móviles de crisis están disponibles las 24 horas del día y sirven al condado de Henderson, así como a la mayoría de los otros condados en el oeste de Carolina del Norte. Los consejeros profesionales hablarán con usted y su familia durante una visita. Ellos tienen un tiempo promedio de respuesta de 2 horas.

### Vaya a un centro de crisis.

**Servicios de Preservación Familiar (FPS por sus siglas en inglés)** -----1-828-697-4187  
o 1-828-697-2660

FPS ofrece una variedad de servicios comunitarios, en el hogar y en la escuela diseñados para responder a las necesidades estatales y locales identificadas. Proporcionan un enfoque específico al trauma para trabajar con las necesidades médicas, conductuales y sociales de un individuo.

## ¿Necesita ayuda ahora?

**Llame o envíe un mensaje  
de texto al 988 o chatee**

**988lifeline.org**

Línea Nacional de Prevención  
de Suicidio

1-800-273-TALK (8255)

o chatear en

[SuicidePreventionLifeline.org](https://www.SuicidePreventionLifeline.org)

# Servicios adicionales para el Apoyo del Niño y Familia

## Cuidado de Respiro

Care Haven es una colocación a corto plazo creada para proporcionar un entorno seguro y terapéutico para los clientes que esperan su próxima opción de colocación o simplemente necesitan un descanso del entorno de vida actual. Para ingresar a Care Haven, el cliente debe estar en el rango de edad de 6 a 17 años, tener cobertura de Vaya Medicaid (a menos que pague de su bolsillo) y tener un diagnóstico de salud mental. Para más información sobre cómo organizar una entrevista virtual, envíe un correo electrónico a [carehaven@caringalternative.com](mailto:carehaven@caringalternative.com); donde se le proporcionará un mensaje automatizado que lo guiará por el proceso. Gerente de la casa: 828-608-3408

## **Brandi Nichole Family Enrichment Center (Centro de Enriquecimiento Familiar Brandi Nichole)**

828-687-3776 Cuidado de Respiro y apoyo familiar

**The Hope Center of Hendersonville (El Centro de Esperanza de Hendersonville)** es un programa diurno para adultos mayores de 18 años con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

828-692- 0905

## **We Rock the Spectrum**

Gimnasio inclusivo de niños para niños de todas las habilidades que también ofrece cuidado de respiro y atención en tiempo de descanso, y cuidado directo por el personal, gimnasio sensorial seguro, con equipo de terapia, sala tranquilizadora y más. Ubicado en el Sur de Asheville. 1-828-505-7556

<https://www.werockthespectrumasheville.com/>

## Servicios de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo

### **Servicios Vocacionales de Polk (PVS por sus siglas en inglés) – 828-894-3041**

Por más de 50 años, PVS ha estado sirviendo a personas con discapacidades y otras barreras de vida en Polk y los condados circundantes. Estamos orgullosos de ser el empleador de fabricación más grande en el condado de Polk. Empoderado por nuestra fabricación centrada en la calidad, PVS es capaz de proveer empleo significativo y servicios de apoyo para personas de todas las capacidades. Mientras continuamos creciendo, siempre estamos buscando nuevas personas para unirse a la familia PVS, incluyendo aquellos que buscan un empleo significativo, así como aquellos que podrían beneficiarse de nuestros servicios de apoyo. Nuestras ofertas de apoyo incluyen servicios diurnos, comunitarios y residenciales. Estamos ubicados en 451 Industrial Park Drive, Columbus NC 28722.

### **The Arc of Buncombe County (El Arco del Condado de Buncombe)**

El ARC existe para empoderar a niños y adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo para realizar su máximo potencial a través de la defensa, la educación, los programas y el apoyo familiar. Ubicado en el condado de Buncombe, pero sirve a las familias del condado de Henderson.

[www.arcofbuncombecounty.org](http://www.arcofbuncombecounty.org)

**1-828-253-1255**

Turning Point Services (Servicios de Turning Point)

Ofrece servicios de discapacidad intelectual y del desarrollo, incluido: servicios de exención de innovaciones, servicios financiados por el estado, servicios de rehabilitación vocacional, programas diurnos para adultos y varios servicios residenciales. **1-828-298-2100**

## **Servicios de Abuso de Sustancias, Salud Mental y Salud Conductual**

### **Centro de Recursos para Niños y Familias**

La terapia de interacción padres-hijo (PCIT por sus siglas en inglés) es una terapia a corto plazo , basada en evidencia, para niños pequeños (de 2.5 a 7 años de edad) quien han estado experimentando comportamientos disruptivos, atencionales y / o de oposición. Múltiple otros programas familiares y de apoyo también están disponibles.

<https://www.childrenandfamily.org/>

**828-698-0674**

### **Escuelas Públicas del Condado de Polk**

Póngase en contacto con el director de su hijo, el trabajador social de la escuela, el consejero o la enfermera de escuela o la Oficina de Servicios Estudiantiles. El procedimiento de Carolina del Norte para localizar a todos los niños con discapacidades dentro de nuestra comunidad se llama Child Find. Si su familia es residente del condado de Polk o su hijo asiste a una escuela privada dentro del condado de Polk y usted cree que su hijo podría tener una necesidad para servicios, por favor comuníquese con **Toni Haley al 828-894-3051 o thaley@polkschools.org**

Para más información, por favor visite el sitio web de Niños Excepcionales de

NCDPI: <http://ec.ncpublicschools.gov/policies/projectchild-find>

### **NAMI – Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales**

NAMI proporciona defensa , educación , apoyo y conciencia pública para que todas las personas y familias afectadas por enfermedades mentales puedan construir una vida mejor. <http://www.namiwnc.org/>

**1-828-505-7353**

### **SAMHSA – Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias**

La Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA ) guía los esfuerzos de salud pública para promover la salud conductual de la nación . La misión de SAMHSA es reducir el impacto del abuso de sustancias y las enfermedades mentales en las comunidades de los Estados Unidos. <https://www.samhsa.gov/>

**1-877-SAMHSA-7 (4724)**

### **Youth Villages (Aldeas Juveniles)**

Brinda apoyo a niños y jóvenes, desde el nacimiento hasta los 22 años, y sus familias, quien enfrentan problemas emocionales, mentales y de comportamiento. La oficina de Asheville presta servicios a los condados de Buncombe, Haywood, Henderson, Madison, McDowell, Mitchell, Polk, Rutherford, Transilvania y Yancey.

<https://www.youthvillages.org/>

1-828-250-3700

## Citas y Preguntas



Use este formulario para prepararse para las próximas visitas con el médico y guardar notas sobre la cita.

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de Seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

## Citas y Preguntas



Use este formulario para prepararse para las próximas visitas con el médico y guardar notas sobre la cita.

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de Seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

Fecha y hora de la cita	Proveedor	Preguntas para hacer en la cita
<b>Derivaciones/Pruebas de seguimiento</b>		<b>Respuestas</b>

# **Salud Mental/ Abuso de Sustancias/Discapacidad del Desarrollo (MH/SA/DD)**

Inserte una copia del Plan Centrado en la Persona (PCP) o Plan de Servicio Individual (ISP) u otros planes de servicios del desarrollo aquí.



# Programas Públicos / Recursos Financieros

## Medicaid o NC Health Choice

El trabajador social de la División de Servicios Sociales (DSS) de su condado le ayudará a determinar si su hijo es elegible para NC Medicaid o Health Choice.

Usted también puede aplicar aquí: <https://epass.nc.gov/>

Departamento de Servicios Sociales del Condado de Henderson

828-697-5500

Servicios Humanos y de Salud del Condado de Buncombe---

828-250- 5500

**Departamento de Servicios Sociales del Condado de Polk- 828-894-2100**

## Beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI)

Los niños menores de 18 años pueden recibir SSI si cumplen con la definición de discapacidad para niños del Seguro Social y si hay ingresos y recursos limitados en el hogar.

Cuando su hijo cumpla 18 años, el Seguro Social revisará su elegibilidad para los beneficios continuos de SSI según las reglas de discapacidad para adultos, incluyendo las reglas de elegibilidad no médicas (ingresos, recursos, residencia, ciudadanía, etc.). Ellos por lo general, se comunican con usted dentro de un año de cumplir los 18 años para una reevaluación de 18 años.

**Llame al Departamento del Seguro Social al 1-800-772-1213**

## Asistencia de Alimentos y Nutrición (EBT)

Hay tres maneras de aplicar para el **Servicio de Alimentos y Nutrición**.

1. Aplique en línea con ePASS.
2. Aplique en persona en su Departamento de Servicios Social local (si está discapacitado, usted puede llamar para una entrevista telefónica).
3. Llene una aplicación en papel y envíela por correo o déjela en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su condado.

## ¿Necesita mas ayuda?

Llame:

**Blue Ridge First in Families -----336-955-7140  
(Blue Ridge Primero en Familias)**

Ofrece apoyo y gastos relacionados o referencias que no siempre están cubiertos por programas de asistencia pública.

United Way NC 211-----marque 2 1-1 o 1-888-892-1162 para obtener información gratuita y confidencial sobre servicios de Salud y Humanos y recursos dentro de su comunidad

# Lo que usted debe saber antes de solicitar los beneficios de Seguro Social por incapacidad



Se le envió este paquete porque usted pidió una cita para solicitar los beneficios por incapacidad. En la carta adjunta, se indica la fecha, la hora y el lugar de su cita.

A continuación, encontrará las respuestas a las preguntas más frecuentes que tienen las personas sobre el procedimiento para solicitar los beneficios por incapacidad. El saber las respuestas le podrá ayudar a entender mejor este proceso.

## \* ¿Qué sucederá durante la cita?

Durante la cita, un agente de reclamaciones del Seguro Social lo entrevistará y le ayudará a llenar una solicitud para los beneficios por incapacidad y el Informe de Incapacidad para adultos. La entrevista se realizará en su oficina local del Seguro Social o por teléfono. Tomará por lo menos una hora.

## \* ¿Qué puedo hacer para acelerar el proceso?

Puede eliminar la mitad del tiempo de su entrevista si inicia la solicitud a través del Internet. Puede llenar, AMBOS FORMULARIOS, la **solicitud para beneficios por incapacidad** y el **informe de incapacidad** en el Internet visitando:

[www.segurosocial.gov/applyfordisability](http://www.segurosocial.gov/applyfordisability).

Aún necesitará **cumplir con su cita** en la oficina local del Seguro Social, para que un agente pueda revisar su información.

Si no puede llevar a cabo la transacción con nosotros por Internet, puede llenar la *Hoja de trabajo para recopilar información médica y de empleo* y tenerla lista para su cita.

También puede acelerar el procedimiento si trae a la cita en nuestra oficina la información y artículos en la lista de cotejo adjunta. Si su cita es por teléfono, el agente probablemente le pida que proporcione cualquier artículo requerido en la lista.

## \* ¿Cómo decide el Seguro Social si estoy incapacitado?

Por ley, el Seguro Social tiene una definición muy estricta de incapacidad. Para que se le considere incapacitado:

- Usted tiene que ser incapaz de realizar un trabajo sustancial debido a su(s) padecimiento(s); **y**
- Su padecimiento(s) debe(n) haber durado, o se espera que dure(n), por lo menos un año, o se espera que resulte en su muerte.

## \* Mi médico dice que estoy incapacitado. ¿Es eso suficiente para yo tener derecho a beneficios por incapacidad?

No. Usted no puede recibir beneficios por incapacidad por el mero hecho que su médico diga que está incapacitado.

(al dorso)

Lo que usted debe saber antes de solicitar  
beneficios de Seguro Social por incapacidad

## \* Si ya recibo pagos por incapacidad de mi trabajo u otra agencia, ¿puedo recibir los beneficios del Seguro Social por incapacidad automáticamente?

No. Las leyes que rigen los beneficios de Seguro Social por incapacidad son diferentes a las de la mayoría de los otros programas. El Seguro Social no paga beneficios por incapacidad parcial.

## \* ¿Cuánto tiempo tarda tomar una decisión?

Por lo general, se toma entre 3 a 5 meses para tomar una decisión. No obstante, el tiempo exacto depende de cuánto tiempo toma conseguir sus expedientes médicos y cualquier otra evidencia necesaria para tomar la decisión.

## \* ¿Cómo toma el Seguro Social la decisión?

Enviamos su solicitud a la agencia estatal que toma decisiones para beneficios por incapacidad. La agencia estatal tiene un equipo de profesionales del campo de la salud y expertos vocacionales quienes se comunicarán con los médicos y con los lugares donde usted recibió tratamiento para pedir sus expedientes médicos.

La agencia estatal puede enviarle formularios para llenar, o pedirle que se someta a un examen o análisis médico. Si la agencia estatal decide que se necesita un examen o análisis, **asegúrese de cumplir con su cita al mismo**. No tendrá que pagar por ningún examen o análisis que le pida la agencia estatal.

## \* Si el Seguro Social decide que estoy incapacitado, ¿qué tipo de beneficios puedo recibir?

La Administración del Seguro Social paga beneficios por incapacidad bajo dos programas:

- Seguro Social por incapacidad para los trabajadores asegurados (SSDI, sus siglas en inglés), los cónyuges sobrevivientes incapacitados y niños (incapacitados antes de la edad de 22 años) de trabajadores incapacitados, jubilados o fallecidos.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, sus siglas en inglés) para las personas con pocos o ningunos ingresos o recursos.

## \* ¿Se mantendrá segura mi información personal?

Sí. Nosotros en la Administración del Seguro Social protegemos la confidencialidad de las personas a las cuales servimos. Como somos una agencia federal estamos obligados a proteger la información que recibamos de usted según la Ley de Confidencialidad del 1974 (5 U.S.C. 522a).

## \* ¿Qué tal si me siento más cómodo hablando un idioma que no sea inglés?

Sugerimos que le acompañe un amigo o pariente que pueda servir como intérprete. Proveemos servicios de intérprete gratis para ayudarle con sus trámites de Seguro Social. No obstante, necesitamos que nos avise por adelantado para contratar los servicios de un intérprete.

## \* ¿Dónde puedo conseguir más información?

Puede visitar nuestro sitio de Internet, en [www.segurosocial.gov/espanol](http://www.segurosocial.gov/espanol), preguntarle a su entrevistador durante la cita o llamar al **1-800-772-1213** (para las personas sordas o con problemas de audición, por favor llame al número TTY: **1-800-325-0778**).

# Programas de Asistencia con Medicamentos

Muchas personas tienen problemas con poder pagar sus medicamentos recetados, pero existen programas de asistencia disponibles.



## Tarifa reducida en medicamentos recetados

- [The FamilyWize Program \(El Programa FamilyWize\)](#) un programa de ahorros en farmacias que utiliza una tarjeta de ahorros para recetas para reducir los precios de los medicamentos. Las tarjetas son distribuidas gratuitamente por NC 2-1-1, United Ways participantes, organizaciones comunitarias y religiosas, agencias del condado, médicos, empresas y algunas farmacias. Las tarjetas también están disponibles en línea. No hay límite de ingresos, requisito de edad, elegibilidad o registro necesario. Todo el mundo está aprobado para la tarjeta de ahorro. Usted puede imprimir su tarjeta de ahorro, buscar farmacias en su área y revisar los precios de descuento en línea
- [The Community Assistance Program \(El Programa de Asistencia Comunitaria\)](#) es un programa de ahorros en farmacias que utiliza una tarjeta de ahorros para medicamentos recetados para reducir los precios de los medicamentos recetados. No hay límite de ingresos, requisito de edad, elegibilidad o registro necesario. Todo el mundo está aprobado para la tarjeta de ahorro. Puede imprimir su tarjeta de ahorro y buscar farmacias en su área en línea.
- [The RxCut® Plus Program \(Programa RXCut® Plus\)](#) es un programa de ahorros de farmacia que utiliza una tarjeta de ahorros para recetas para reducir los precios de los medicamentos recetados. No hay límite de ingresos, requisito de edad, elegibilidad o registro necesario. Todo el mundo está aprobado para la tarjeta de ahorro. Puede imprimir su tarjeta de ahorro, buscar farmacias en su área y descargar cupones especiales en línea.
- [The NC Drug Card Program \(El programa de Tarjeta de Medicamentos de Carolina del Norte\)](#) es un programa de ahorros de farmacia que utiliza una tarjeta de ahorros para recetas para reducir los precios de los medicamentos recetados. No hay límite de ingresos, requisito de edad, elegibilidad o registro necesario. Todo el mundo está aprobado para la tarjeta de ahorro. Puede imprimir su tarjeta de ahorro y buscar farmacias en su área en línea.
- [The NeedyMeds Drug Discount Program \(El Programa de Descuento de Medicamentos NeedyMeds\)](#) es un programa de ahorro de farmacia que utiliza una tarjeta de ahorro de medicamentos recetados para reducir los precios de los medicamentos recetados. No hay límite de ingresos, requisito de edad, elegibilidad o registro necesario. Todo el mundo está aprobado para la tarjeta de ahorro. Puede imprimir su tarjeta de ahorro y buscar farmacias en su área en línea.
- [The Together Rx Access® Card Program \(El Programa de Tarjeta Together RX Access®\)](#) es un programa de ahorros de farmacia que utiliza una tarjeta de ahorros para recetas para reducir los precios de los medicamentos recetados. Para ser elegible, no puede tener Medicare ni ninguna otra cobertura de medicamentos recetados y debe cumplir con los

requisitos de ingresos. Puede ver si es elegible e inscribirse en el programa en línea.

- [The Patient Advocate Foundation \(La Fundación Defensor del Paciente\)](#) brinda asistencia financiera para medicamentos recetados. La asistencia solo se brinda para gastos relacionados con ciertas enfermedades y personas que tienen un diagnóstico confirmado por un médico. Vea la lista completa de enfermedades aquí. El paciente debe estar actualmente asegurado y tener un ingreso igual o inferior al 300 % del nivel federal de pobreza. Llame al 866-512-3861 para obtener más información.
- Muchos minoristas participan en el Programa de Medicamentos Genéricos de \$4. Aunque muchos no cobran exactamente \$4 por sus medicamentos genéricos (la mayoría oscila entre \$4 y \$15), es un nombre común para este tipo de programa. Estos programas genéricos hacen posible que las personas que tienen dificultades puedan pagar los medicamentos que necesitan. La División de Asistencia Médica de Carolina del Norte mantiene una lista de los medicamentos más comunes y algunos minoristas que ofrecen genéricos a bajo costo. Encuentre su receta y minorista aquí. Tenga en cuenta que esta lista NO incluye todos los minoristas que ofrecen recetas genéricas con descuento. Llame a su farmacia para obtener más información y ver si ofrecen este programa.
- [The Partnership for Prescription Assistance \(La Asociación para la Asistencia con Medicamentos Recetados\)](#) ayuda a las personas sin seguro o con seguro insuficiente a acceder a los medicamentos que necesitan a través del programa adecuado para ellos, sin cargo. Muchos pacientes obtendrán sus medicamentos gratis o casi gratis.

## Medicamentos recetados gratis

- [The Medication Assistance Program \(El Programa de Asistencia con Medicamentos\)](#) proporciona medicamentos recetados gratuitos a los pacientes que no pueden pagarlos. Este servicio se ofrece a través de clínicas comunitarias y organizaciones comunitarias y religiosas. El programa conecta a los pacientes con medicamentos gratuitos disponibles a través de fabricantes farmacéuticos.
- [Free Pharmacy Program \(El Programa de Farmacia Gratuita\)](#) brinda medicamentos recetados gratuitos a personas de bajos ingresos, sin seguro y que se encuentran en o por debajo del 300% del [Nivel Federal de Pobreza](#). Este programa puede ayudar a las personas a obtener medicamentos recetados que salvan vidas para tratar enfermedades comunes, como enfermedades cardíacas, diabetes y asma. Diferentes agencias supervisan el programa en diferentes condados.
- [Mobile Free Pharmacy Program \(El Programa de Farmacia Gratis Móvil\)](#) proporciona a adultos y niños de bajos ingresos medicamentos de venta libre gratuitos, como aspirina, jarabe para la tos para niños, medicamentos para la alergia y vitaminas. La farmacia está en Charlotte a tiempo completo, pero la farmacia móvil viaja por todo el estado.

Para más información, vaya a  
<https://nc211.org/2020/06/26/prescriptions/>



# Proceso de Referencia del Programa de Alternativas Comunitarias

## Un Programa de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

El Programa de Alternativas Comunitarias (CAP por sus siglas en inglés) es un programa de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de Medicaid autorizado bajo la sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social y cumple con 42 CFR § 440.180, Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad. El programa Consumer Direction Lite es una opción de servicio flexible creada bajo el Apéndice K de las exenciones de CAP para mitigar el riesgo para los participantes de la exención al garantizar que el servicio de cuidado personal necesario esté disponible para satisfacer las necesidades evaluadas durante la emergencia de salud pública.

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SERVICIOS DEL CAP?

Niños de 0 a 20 años de edad quienes son médicamente frágiles y tienen una indicación razonable de la necesidad de servicios basados en el hogar y en la comunidad para mantener su colocación en la comunidad son elegibles para el Programa de Alternativas Comunitarias para Niños (CAP/C).

Las personas de 18 años y mayores quienes tienen una discapacidad física cumplen con un nivel definido de atención y tienen una indicación razonable de la necesidad de servicios basados en el hogar y en la comunidad para mantener su colocación en la comunidad son elegibles para el Programa de Alternativas Comunitarias para Adultos Discapacitados (CAP /DA).

### CÓMO HACER UNA DERIVACIÓN

Haga lo siguiente:

- Comuníquese con una entidad de administración de casos en su comunidad.
- Hable sobre su interés en recibir servicios de CAP con su doctor o representante del hospital.
- Comuníquese con el trabajador social en su centro especializado de enfermería.
- Comuníquese con el Centro de Contacto de NC Medicaid al 1-888-245-0179 para solicitar una derivación.

### ¿CÓMO FUNCIONA EL PROCESO DE DERIVACIÓN?

- Se debe someter una derivación con su nombre, fecha de nacimiento y dirección postal completa.
- Se envía una Carta de Divulgación a la dirección incluida en la derivación dentro de dos días hábiles posteriores a la aprobación de la derivación.
- Se incluyen tres formularios con la carta de divulgación que deben devolverse a NC Medicaid para la revisión de elegibilidad para los servicios de CAP. Estos tres formularios son:
  - a. Formulario de Consentimiento de Solicitud de Servicio
  - b. Formulario de Selección de Gestión de Casos
  - c. Hoja de Trabajo del MédicoLas instrucciones se encuentran en la carta de divulgación sobre cómo devolver los tres formularios requeridos.
- Al recibir el formulario de consentimiento firmado y fechado, comienza la revisión de su condición médica para acceder a la fragilidad médica, si solicitó CAP/C o evaluación de un nivel de atención definido, si solicitó CAP/DA.
- Si la fragilidad médica o nivel definido de atención es determinado, la entidad de gestión del caso seleccionada será notificada para que realice una evaluación exhaustiva.
- El plazo para recibir los servicios de CAP, si se cumplen todos los requisitos, puede ser hasta 105 días.

# Cobertura de Atención Médica

Los niños y jóvenes con necesidades especiales de salud (CYSHCN por sus siglas en inglés) requieren una cobertura de atención médica que sea universal y continua, adecuada y asequible. Sin embargo, existen huecos importantes en el sistema actual de cobertura y el financiamiento de la atención médica que causan problemas significativos para CYSHCN en acceder cuidados y dificultades financieras para sus familias.

Los adultos jóvenes pueden permanecer en los planes de seguro de salud de sus padres hasta los 26 años cuando hay cobertura familiar. En Carolina del Norte, los dependientes discapacitados deberían poder permanecer en el plan de sus padres más allá de los 26 años. Asegúrese de hablar de esto con su proveedor de seguros mucho antes que el 26.º cumpleaños de su hijo para asegurar la elegibilidad.

## ***Estatutos General de Carolina del Norte § 58-51-25.***

*Cobertura de la póliza a continuar en cuanto a niños con una discapacidad intelectual o física; o estudiantes dependientes en tiempo libre por necesidad médica ...* El alcance de la edad limitada no operará ni terminará la cobertura del niño mientras que el niño está y continúa siendo (i) incapaz de autosostener un empleo por razón de una discapacidad intelectual o física; y (ii) principalmente dependiente del asegurado o suscriptor para apoyo y mantenimiento. La prueba de dicha incapacidad y dependencia será proporcionada al asegurador, a la corporación del plan de servicios del hospital o a la corporación del plan de servicios médicos por el asegurado de la póliza o suscriptor dentro de los 31 días posteriores al alcance de la edad límite del niño y, subsecuentemente, según lo requiera el asegurador o la corporación, pero no más frecuentemente que anualmente después de que el niño alcance la edad límite.

## **Recursos Adicionales de Cobertura de Atención Médica:**

**Departamento de Servicios Sociales del Condado de Polk -----828-894-2100**

**[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)**

**<https://www.healthcare.gov/people-with-disabilities/more-información/>**

Si tiene una necesidad especial de atención médica, tiene una cantidad de opciones de cobertura de salud en el Mercado de Seguros Médicos. Aquí, puede explorar varios planes de atención médica disponibles bajo la Ley del Cuidado de Salud Asequible.

### **Health Savings Accounts (Cuenta de Ahorros para la Salud)**

Es posible que usted pueda reservar dólares antes de impuestos en un HSA (por sus siglas en inglés) a través de su empleador. Esta cuenta se puede usar para gastos de atención médica, como copagos, y también puede deducir gastos de atención médica en sus impuestos. Por favor vea a su empleador con respecto a HSA. El IRS (por sus siglas en inglés) tiene información sobre deducciones de impuestos médicos.

# Exención de Innovaciones y Registro de Necesidades Insatisfechas

La **Exención de Innovaciones de Carolina del Norte** permite a las personas con discapacidades intelectuales / del desarrollo recibir servicios y apoyos en su propia comunidad. Esto ayuda a las personas a vivir de la manera más independiente posible, en lugar de en una institución como un centro de desarrollo. Innovaciones es un servicio basado en el hogar y la comunidad.

Innovaciones está diseñado para promover la independencia, la elección, la integración de la comunidad y la capacidad de alcanzar los objetivos de la vida. Esto incluye servicios que:

- Le apoyan para que viva donde elija
- Le apoyan para que pase su día de la manera que elija
- Le Proveen educación sobre cómo estar más integrado en su comunidad
- Le enseñan y le apoyan para vivir más independiente y manejar sus propios servicios, si así lo desea.

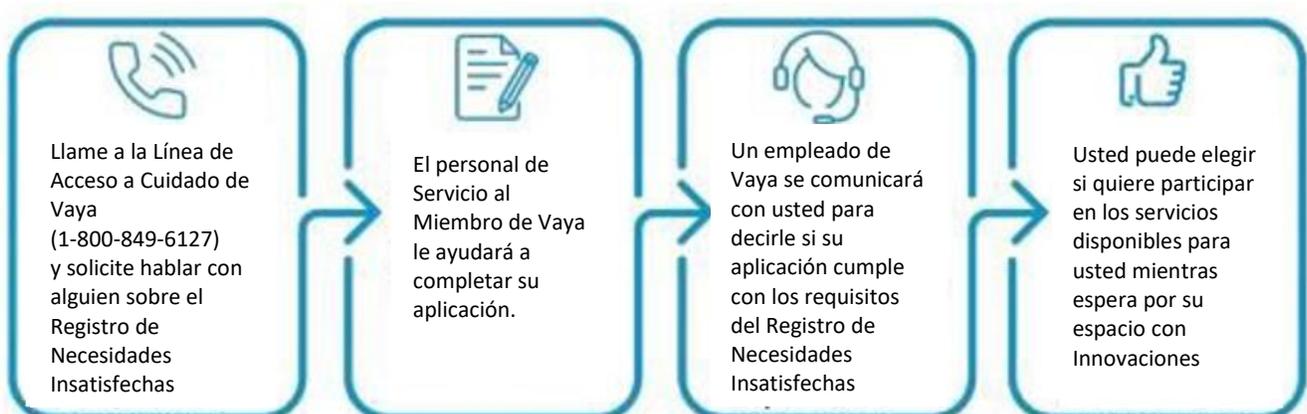
Innovaciones apoya las actividades diarias tales como bañarse, comer, trabajar, desarrollar amistades y vivir un estilo de vida activo dentro de usted. El programa incluye algunos servicios no médicos, tales como respiro y modificación del hogar. Estos no están disponibles bajo el Medicaid Tradicional y puede ayudar a mantener a las personas fuera de los entornos institucionales.

---

El **Registro de Necesidades Insatisfechas** es una lista **por** orden de llegada mantenida por Vaya para guardar un registro de las personas que esperan servicios de discapacidad intelectual / del desarrollo en el oeste de Carolina del Norte.

Nosotras recomendamos fuertemente a los padres de niños que tengan una discapacidad intelectual / del desarrollo y que puedan necesitar servicios de exención de innovaciones en el futuro que nos llamen para agregar a su hijo al registro ahora. Para aprender más información sobre Innovaciones o el Registro de Necesidades Insatisfechas, llame a la Línea de Acceso a Atención de Vaya al **1-800-849-6127**.

## COMO ACCEDER EL REGISTRO DE NECESIDADES INSATISFECHAS





# Necesidades Especiales Preocupaciones Legales y Financieras

¿Se está haciendo estas preguntas?

- ¿Cómo pagaremos las terapias especiales que nuestro hijo necesita ahora?
- ¿Quién pagará por los gastos de nuestro hijo una vez que sea adulto?
- ¿Dónde vivirá nuestro hijo y quién supervisará su cuidado después de que nos hayamos ido?

Estas preguntas y temores pueden detenerlo en seco. Pero los planificadores financieros dicen que crear un plan puede aliviar la ansiedad. Algunos de los problemas que debe enfrentar son financieros: ¿Cómo aparta dinero para su hijo sin afectar sus beneficios gubernamentales? Y algunos son emocionales: ¿Quién entendería las necesidades de su hijo si algo le sucediera a usted ahora mismo?

¿Necesita  
más ayuda?

## **Servicios Legales de Pisgah -----1-800-489-66144**

*Henderson, Buncombe, Madison, Polk, Rutherford, Transylvania*

PLS (por sus siglas en inglés) busca hacer justicia brindando asistencia legal y defensa para ayudar a las personas de bajos ingresos en el Oeste de Carolina del Norte a satisfacer sus necesidades básicas y mejorar sus vidas.

## **Alianza para Necesidades Especiales - Special Needs Alliance -----**

**<https://www.specialneedsalliance.org/>**

La misión de la SNA (por sus siglas en inglés) es mantener una organización profesional de abogados expertos en las áreas complejas de derechos públicos, sucesiones, fideicomisos y planificación fiscal, y asuntos legales que involucran a personas con discapacidades físicas y cognitivas.

## **Derechos de Discapacidad de Carolina del Norte ----- 1-877-235-4210**

DRNC (por sus siglas en inglés) es una agencia de defensa legal que lucha por los derechos de las personas con discapacidades en Carolina del Norte. Ellos manejan casos que involucran discriminación, abuso y otras violaciones de derechos. Todos los servicios son gratuitos para los habitantes de Carolina del Norte con discapacidades.

## **Legal Aid of North Carolina (Asesoría Legal de Carolina del Norte) 1-866-219-LANC (5262)**

Legal Aid of North Carolina es un despacho de abogados sin fines de lucro en todo el estado que brinda servicios legales gratuitos en asuntos civiles a personas de bajos ingresos para garantizar el acceso igual a la justicia y eliminar las barreras legales a las oportunidades económicas.

# Hoja Informativa sobre Cuestiones Legales de Salud

## **Poder Notarial Médico**

Un poder notarial médico es un documento, firmado por un adulto competente; designando a una persona de su confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda tomar tales decisiones. Hemos proporcionado un documento de muestra en el Apéndice para su revisión.

Consulte los siguientes sitios web para obtener más información:

[www.legalhelpmate.com/power-of-attorney.aspx](http://www.legalhelpmate.com/power-of-attorney.aspx);

[www.expertlaw.com/library/estate\\_planning/power\\_of\\_attorney.html](http://www.expertlaw.com/library/estate_planning/power_of_attorney.html).

## **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés)**

HIPAA es una ley federal que cubre tanto la privacidad de la información médica de su hijo como los asuntos relacionados con la transferencia y continuación de la cobertura de seguro médico. Hemos incluido una hoja informativa en el kit de herramientas para su revisión. Para obtener más información, consulte el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en: [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa).

## **Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés)**

FERPA es otra ley federal que trata el acceso a los expedientes educativos, así como también los expedientes de salud que se encuentran en las instituciones educativas.

Por favor revise la hoja informativa en el Apéndice. Puede encontrar un folleto para los padres en el sitio web del Departamento de Educación de EE. UU.:

[www.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/brochures/parents.pdf](http://www.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/brochures/parents.pdf).

## **Tutela**

Hay muchos factores a considerar al decidir la tutela. Una tutela es el procedimiento legal mediante el cual se puede designar a un adulto capaz (por ejemplo, un agente) para administrar los asuntos personales o financieros de una persona que no puede hacerlo por su cuenta. Como padre, el mejor recurso para obtener más información es visitar la Asociación de Tutela de Carolina del Norte en [www.nc-guardian.org](http://www.nc-guardian.org).

# Poder Notarial Medico

Efectivo Luego de la Ejecución

Yo, [NOMBRE], residente de [DIRECCIÓN. CONDADO, ESTADO]; Número de Seguro Social [NÚMERO] designo NOMBRE], actualmente residiendo en [DIRECCIÓN], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi agente para tomar cualquier y todas las decisiones de atención médica por mí, excepto al grado que yo indique de otra manera en este documento. Para los propósitos de este documento, "Decisiones de Atención Médica" significa consentimiento, rechazo de consentimiento o retiro de consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental de un individuo. Este Poder Notarial Médico entra en vigencia si yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y mi médico certifica este hecho por escrito.

**Limitaciones:** [Describa cualquier limitación deseada, por ejemplo, con respecto al soporte vital, cuidados para prolongar la vida, tratamiento, servicios y procedimientos.]

**Inspección y Divulgación de Información Relacionada a mi Salud Física o Mental:** Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi agente tiene el poder y la autoridad para hacer todo lo siguiente:

1. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con relación a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitado a, registros médicos y hospitalarios;
2. Ejecutar en mi nombre cualquier liberación u otros documentos que puedan ser requeridos con el fin de obtener esta información;
3. Consentir para la divulgación de esta información.

**Poderes Adicionales:** Cuando necesario para implementar las decisiones de atención médica que mi agente está autorizado por este documento a tomar, mi agente tiene el poder y la autoridad para ejecutar en mi nombre todo lo siguiente:

1. Documentos titulados o pretendiendo ser un "Rechazo para Permitir Tratamiento" y "Dejando el hospital en contra del consejo médico";
2. Cualquier exención o liberación de responsabilidad requerida por un hospital o médico.

**Duración:** Este Poder Notarial existe indefinidamente desde su fecha de ejecución, a menos que establezca aquí un tiempo más corto o revoque el poder notarial. [**Si corresponde:** Este poder notarial expira el [FECHA]. Si yo no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo cuando expire este poder notarial, la autoridad que yo le he concedido a mi agente continuará existiendo hasta el momento en que pueda tomar decisiones de atención médica por mí mismo.]

**Agente Alternativo:** En el caso de que mi agente designado no pueda, no quiera, o no sea elegible para servir, yo por la presente designo a [NOMBRE], que actualmente reside en [DIRECCIÓN], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi primer agente suplente, y [NOMBRE], actualmente residente en [ADDRESS], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi segundo agente suplente.

**Designaciones Anteriores Revocadas :** Yo revoco cualquier poder notarial médico anterior. **Ubicación de Documentos :** La copia original de este Poder Notarial Médico se encuentra en [Ubicación].

Se han presentado copias firmadas de este poder notarial médico a las siguientes personas e instituciones: [Nombres y Direcciones].

Firmo mi nombre en este Poder Notarial Médico en la fecha [ FECHA], en [DIRECCIÓN, CONDADO, ESTADO].

---

[NOMBRE]

### Declaración de Testigos

Por la presente declaro bajo pena de perjurio que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento (o se me ha probado sobre la base de pruebas convincentes) como el principal, que el principal firmó o reconoció este poder notarial médico duradero en mi presencia, que el principal parece estar en su sano juicio y no estar bajo coacción, fraude o influencia indebida. No soy la persona designada como agente por este documento. No estoy relacionado con el principal por sangre, matrimonio o adopción. No tendría derecho a ninguna parte de la herencia del principal en caso de muerte del principal. No soy el médico tratante del principal ni un empleado del médico tratante. No tengo ningún reclamo contra ninguna parte del patrimonio del principal a la muerte del principal. Además, si soy un empleado de un centro de atención médica en el que el principal es un paciente, no participo en la atención directa al paciente del principal y no soy un funcionario, director, socio ni empleado de la oficina de administración del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica.

---

[TESTIGO]

---

[TESTIGO]

Subscribed and sworn to before me on [DATE].

---

Notary Public, [COUNTY, STATE]

My commission expires\_\_\_\_\_.

# PAPELES LEGALES

(Inserte copias de papeles legales importantes, tales como:  
Custodia, tutela, o formularios de directivas anticipadas)





## Recursos Adicionales

Utilice esta sección para dar seguimiento a los recursos locales y estatales adicionales.

- Índice de Acrónimo de la Sopa de Letras
- Sitios Web Útiles
- Recreación
- Recursos de la Salud Mental y Crisis
- Calendarios
- Monitorear la Dieta
- Horario de Atención
- Registro de Consultas
- Registro de Citas

¡Agregue recursos adicionales a medida que avanza!

# ÍNDICE DE ACRÓNIMO DE LA SOPA DE LETRAS

**El siguiente índice enumera los acrónimos utilizados por los profesionales que trabajan con familias.**

ADA	Americans with Disabilities Act (Ley para Estadounidenses con Discapacidades)
ADD	Attention Deficit Disorder (Trastorno por Déficit de Atención)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
ARC	The ARC: Advocates for the Rights of Citizens with Developmental Disabilities and their Families El ARC: Defensores de los Derechos de Ciudadanos con Discapacidades del Desarrollo y sus Familias
ARNP	Advanced Registered Nurse Practitioner (Enfermera Registrada de Práctica Avanzada)
BIA	Bureau of Indian Affairs (Oficina de Asuntos Indígenas)
BD	Behaviorally Disabled (Discapacitado Conductualmente)
CAP-C	Community Alternatives Program for Children (Programa de Alternativas Comunitarias para Niños)
CAP-IDD	Community Alternatives Program for people with Intellectual and Developmental Disabilities (Programa de Alternativas Comunitarias para personas con Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo)
CD	Communication Disorders (Trastorno de la Comunicación)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
CDS	Communication Disorders Specialist (Especialista en Trastornos de la Comunicación)
CDSA	Children's Development Services Agency (Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil)
CFR	Code of Federal Regulations (Codigo de Regulaciones Federales)
CP	Cerebral Palsy (Parálisis Cerebral)
CPS	Child Protective Services (Servicios de Protección de Menores)
CSHCN	Children with Special Health Care Needs (Niños con Necesidades de Atención Médica Especiales)
DCFO	Children's and Families Services Offices (Oficinas de Servicios para Niños y Familias)
DD	Developmentally Disabled (Discapacidades del Desarrollo)
DMHDDSA	Division of Mental Health/Developmental Disability/Substance Abuse (División de la Salud Mental/Discapacidad del Desarrollo/Abuso de Sustancias)
DHHS	Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos)
DSB	Division of Services for the Blind (División de Servicios para Ciegos)
DVRS	Division of Vocational Rehabilitation Services (División de Servicios de Rehabilitación Vocacional)
ECAC	Exceptional Children's Assistance Center (Centro de Asistencia a Niños Excepcionales)
ED	Emotional Disability (Discapacidad Emocional)
EEG	Electroencephalogram (Electroencefalograma)
EFMP	Exceptional Family Member Program (helps military families locate to areas with services) Programa para Miembros de Familias Excepcionales (ayuda a las familias de militares a ubicarse en áreas con servicios)
EKG	Electrocardiogram (Electrocardiograma)
EPSDT	Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (Detección Sistemática Temprana, Diagnóstico y Tratamiento)
FAPE	Free Appropriate Public Education (Educación Pública Apropriada y Gratuita)
FRC	Family Resources Coordinator (Coordinador de Recursos Familiares)
HI	Hearing Impaired (Personas con Discapacidad Auditiva)
HMO	Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud)
HO	Healthy Opportunities (Oportunidades Saludables)
HoH	Hard of Hearing (Problemas de la Audición)
ICC	Interagency Coordinating Council (Consejo de Coordinación Interinstitucional)
IDD	Intellectual Developmental Disability (Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo)
IDEA	Individuals with Disabilities Education Act (Ley de Educación para Personas con Discapacidades)
IEP	Individual Education Plan (Plan de Educación Individualizado)
IFSP	Individual Family Service Plan (Plan de Servicio Familiar Individualizado)

I & R	Information and Referral (Información y Referencia)
ISP	Individual Service Plan (Plan Individual de Servicio)
LD	Learning Disabled (Con Discapacidad del Aprendizaje)
LDA	Learning Disabilities Association (Asociación de Discapacidades de Aprendizaje)
LEA	Local Education Agency (Agencia de Educación Local)
LICWAC	Local Indian Child Welfare Advocacy Board (Consejo Local de Defensa del Bienestar Infantil Indígena)
LRE	Least Restrictive Environment (Entorno Menos Restrictivo)
MCH	Maternal and Child Health (Salud Maternal e Infantil)
MD	Medical Doctor (Doctor Médico)
MDT	Multi-Disciplinary Team (Equipo Multidisciplinario)
MH	Multiply Handicapped (Discapacidad Múltiple)
MR	Mentally Retarded (Retrasado Mental)
MR/DD	Mentally Retarded/Developmentally Disabled Individuals (Individuos con Retraso Mental/ Discapacidad del Desarrollo)
MS	Multiple Sclerosis (Esclerosis Múltiple)
NICU	Neonatal Intensive Care Unit (Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal)
NORD	National Association of Rare Disorders (Organización Nacional de Enfermedades Raras)
OCR	Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles)
OFM	Office of Financial Management (Oficina de Gestión Financiera)
OI	Orthopedically Impaired (Deterioro Ortopédico)
OSEP	Office of Special Education Programs (Oficina de Programas de Educación Especial )
OSERS	Office of Special Education and Rehabilitation Services (Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación)
OSPI	Office of Superintendent of Public Instruction (Oficina del Superintendente Escolar de Instrucción Pública)
OT	Occupational Therapy/Therapist (Terapia/Terapeuta Ocupacional)
OTR	Licensed and Registered Occupational Therapist (Terapeuta Ocupacional Licenciado y Registrado)
PAVE	Parents Are Vital in Education (Los Padres son Vitales en la Educación)
P & A	Protection and Advocacy (Protección y Defensa)
PHN	Public Health Nurse (Enfermera de Salud Pública)
PL	Public Law (Ley Pública)
PT	Physical Therapy/Therapist (Fisioterapia/Fisioterapeuta)
PTA	Parent Teacher Association (Asociación de Padres y Maestros)
RCW	Revised Code of Washington (state law) (Código Revisado de Washington – ley estatal)
RN	Registered Nurse (Enfermera Registrada)
RPT	Registered Physical Therapist (Fisioterapeuta Registrado)
SBD	Seriously Behaviorally Disabled (Seriamente Discapacitado Conductualmente)
SEA	State Education Agency (Agencia Estatal de Educación)
SEAC	Special Education Advisory Council (Consejo Asesor de Educación Especial)
SEPAC	Special Education Parent/Professional Advisory Council (Consejo Asesor de Padres/Profesionales de Educación Especial)
SLD	Specific Learning Disability (Discapacidad Especifica de Aprendizaje)
SSA	Social Security Administration (Administración de Seguro Social)
SSI	Social Security Income (Ingreso del Seguro Social)
STOMP	Specialized Training of Military Parents (Entrenamiento Especializado de Padres Militares)
SW	Social Work/Worker (Trabajo/Trabajador Social)
TANF	Temporary Assistance to Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
TAPP	Technical Assistance for Parents and Professionals (Asistencia Técnica para Padres y Profesionales)
TASH	The Association for Persons with Severe Handicaps (La Asociación de Personas con Discapacidad Severa)
TBI	Traumatic Brain Injury (Lesión Cerebral Traumática)
TDD	Telecommunication Device for the Deaf (Dispositivo de Telecomunicaciones para Sordos)
TRICARE	U.S. Department of Defense Health Care System (Sistema de Atención Médica del Dpto. de Defensa de EE. UU.)
TTY	Telecommunication Device for Deaf, Hearing Impaired, and Speech Impaired Persons (Dispositivo de Telecomunicaciones para Personas Sordas, con Problemas de Audición y del Habla)
VI	Visually Impaired (Discapacidad Visual)
WAC	Washington Administrative Code (Código Administrativo de Washington)
WACD	Washington Association for Citizens with Disabilities (Asociación de Washington para Ciudadanos con Discapacidades)
WIC	Women, Infants and Children Supplemental Food Program (Programa de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños)
WSMC	Washington State Migrant Council (Consejo de Migrantes del Estado de Washington)
WSSB	Washington State School for the Blind (Escuela para los Ciegos del Estado de Washington)

*Esta lista fue adaptada y utilizada con permiso de PAVE.*

Resources

[nc211.org](https://nc211.org)

[www.vayahealth.com](https://www.vayahealth.com)

[FINDHELP.ORG](https://FINDHELP.ORG)



# Child and Youth Services Resource Guide

- Resources for child-serving agencies about Medicaid services available through Vaya
- How to access routine and emergency care
- DSS escalation strategies

**Vaya Health**  
**December 2021**



## Polk County Circle of Parents



Funded by The  
Partnership for Children  
of the Foothills



Make new friends and  
find support with others

Childcare & snacks  
provided

FREE local weekly  
meetings to discuss the  
ups and downs of  
parenting young children

WELCOMING SAFE  
SUPPORTIVE  
Environment

### JOIN US

- FREE WEEKLY MEETINGS IN POLK COUNTY
- CONFIDENTIAL AND SAFE ENVIRONMENT
- SUPPORT & LAUGHTER DURING TOPICS
- QUALITY CHILDCARE PROVIDED



PROGRAM FACILITATOR:  
OLIVIA WHITESIDE  
CONTACT:  
[OLIVIA@PFCFOOTHILLS.ORG](mailto:OLIVIA@PFCFOOTHILLS.ORG)

# ¿Necesita ayuda para encontrar recursos y servicios en Carolina del Norte para su hijo o joven con necesidades especiales de atención médica?



## Línea de ayuda de Carolina del Norte para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica

Es una línea de ayuda para los encargados del cuidado y para los profesionales que trabajan con niños y jóvenes que tienen, o están en riesgo de tener, afecciones crónicas físicas, de desarrollo, de conducta o emocionales y que necesitan servicios relacionados con la salud más allá de la atención que los menores necesitan generalmente.

**1-800-737-3028**

**[CYSHCN.Helpline@dhhs.nc.gov](mailto:CYSHCN.Helpline@dhhs.nc.gov)**

Ofrecemos apoyo para atender una variedad de necesidades tales como:

- Servicios disponibles a través de los programas comunitarios y gubernamentales;
- Recursos que ayudan a pagar los medicamentos, equipo/suministros, dispositivos de adaptación, servicios básicos o alimentos;
- Proveedores de atención médica y de servicios dentales a su disposición;
- Información acerca de cómo encontrar servicios si se muda a Carolina del Norte o lo hace dentro del mismo estado;
- Transiciones de atención médica, tutela y alternativas de tutela.



NC DEPARTMENT OF  
**HEALTH AND  
HUMAN SERVICES**  
Division of Child and Family Well-Being

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte  
• División de Bienestar de Niño y Familia • Sección de la Salud Integral del Niño • [www.ncdhhs.gov](http://www.ncdhhs.gov) • NCDHHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. • 5/22

# SITIOS WEB ÚTILES

## Recursos Locales

[www.polkcollaborative.wixsite.com/polk](http://www.polkcollaborative.wixsite.com/polk) Promueve la conciencia pública, defensa y la colaboración de las agencias, familias y la comunidad. Nosotros fortalecemos los servicios abordando las brechas y barreras para los niños en riesgo y sus familias.

[www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org) NC Family to Family Health Information Center (HIC): Un recurso estatal proporcionando información de salud y apoyo a familias con niños que tienen necesidades especiales de atención médica. Materiales también disponibles sobre la transición de la atención médica pediátrica a la atención médica para adultos.

<http://www.missionchildrens.org> Ofreciendo apoyo de padre a padre, recursos educativos a través de talleres, grupos de apoyo familiar, paquetes de información, biblioteca de préstamos, paneles de oradores para padres, talleres de hermanos, eventos sociales y mucho más. Sirviendo a Buncombe, Henderson, Madison y el condado de Transylvania.

[www.FIRSTwnc.org](http://www.FIRSTwnc.org) Una organización de beneficio comunitario que proporciona información, educación, apoyo y defensa a las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad.

<http://vayahealth.com/> Vaya Health es una organización regional que coordina prevención de alta calidad, tratamiento y servicios de apoyo para individuos y familias en nuestras comunidades con discapacidades del desarrollo, o necesidades de la salud mental o de abuso de sustancias. Vaya Health es responsable por administrar, coordinar, facilitar y monitorear la provisión de servicios de la salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias en el área geográfica a la que sirven.

<http://www.fifnc.org> First In Families de Carolina del Norte proporciona apoyo familiar a familias o individuos que experimentan discapacidades del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas en Carolina del Norte. El proyecto FIFNC Lifeline puede proporcionar apoyo financiero necesario a una familia necesitada si la familia cumple con los requisitos de elegibilidad.

[www.cabarrushealth.org/190/Resoruce-Cafe](http://www.cabarrushealth.org/190/Resoruce-Cafe): Conexiones y acceso para las familias a través de la educación. La sección de Herramientas fue diseñada para ayudar a las familias a comprender mejor y acceder los servicios necesarios.

## Recursos Estatales

<https://publichealth.nc.gov/wch/families/cyshcn.htm> Medicaid es un programa de seguro de salud para personas y familias de bajos ingresos que no pueden pagar los costos de atención médica. Medicaid sirve a padres de bajos ingresos, niños, personas mayores y personas con discapacidades. El Programa de Alternativas Comunitarias para Niños (CAP / C - también conocido como la exención Katie Beckett) proporciona servicios basados en el hogar y en la comunidad a niños médicamente frágiles quien, debido a sus necesidades médicas, están en riesgo de institucionalización en un asilo.

<https://www.dpi.nc.gov/districts-schools/classroom-resources/exceptional-children> División de Niños Excepcionales asegura que los estudiantes con discapacidades se desarrollen mentalmente, físicamente, emocionalmente y vocacionalmente a través de la provisión de una educación individualizada apropiada en el ambiente menos restrictivo. Su sitio web contiene recursos útiles para padres, garantías de procedimiento y folletos sobre los derechos de los padres para descargar.

<http://www.ncei.org> Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil proporciona servicios de intervención temprana a niños elegibles desde el nacimiento hasta los tres años y sus familias.

<http://www.ncdhhs.gov/dph/wch/families/helplines.html> Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte: Línea de Ayuda para Niños con necesidades de Atención Médica Especiales—para ellos que viven con, cuidan de y se preocupan por un niño con necesidades especiales de salud. Información sobre posibles programas de atención médica y recursos de financiamiento en Carolina del Norte.

<http://nccdd.org/> NCCDD tiene 40 miembros nombrados por el Gobernador, de los cuales el 60 por ciento son requeridos ser personas con discapacidades intelectuales u otras discapacidades del desarrollo (I / DD) o miembros de la familia. Otros miembros incluyen legisladores estatales, altos funcionarios de agencias estatales y representantes de Entidades de Administración Local / Organizaciones de Servicios Médicos Administrados (LME / MCO) y proveedores de servicios. El Consejo se reúne trimestralmente y supervisa ambas las provisiones de la Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y la Carta de Derechos (Ley DD), y para asegurar que el Consejo es una organización dirigida por sus miembros, eficaz, y eficiente. El NCCDD trabaja en nombre de más de 185,000 personas con I/DD viviendo en Carolina del Norte. El trabajo del Consejo se dirige a ayudar a las comunidades a ser más inclusivas de las personas con I/DD y sus familias.

## Recursos Nacionales

<http://www.aap.org/> Academia Americana de Pediatría

[www.HealthyTransitionsNY.org](http://www.HealthyTransitionsNY.org) Para jóvenes con discapacidades del desarrollo edades 14 -25, cuidadores familiares, coordinadores de servicios y proveedores de atención médica. Enseña habilidades y proporciona herramientas para la coordinación de cuidados, manteniendo un resumen de salud y estableciendo prioridades durante el proceso de transición. Incluye videos de anécdotas que demuestran habilidades de transición de salud y herramientas interactivas que fomentan la autodeterminación y la colaboración.

<http://www.medicalhomeinfo.org/> Proporciona recursos para profesionales de la salud, familias y todas las personas interesadas en crear un hogar médico centrado en la familia para todos los niños y jóvenes.

[www.growthcharts.com](http://www.growthcharts.com) Tablas de altura y peso para niños con síndrome de Down

**Otras versiones de la Libreta de Cuidados y formularios útiles que se pueden descargar en:**

[www.cshcn.org](http://www.cshcn.org) Información sobre Libretas de Cuidados y preparación para emergencias

<http://www.aap.org/>

[www.hrtw.org](http://www.hrtw.org)

[FullLifeAhead.org](http://www.FullLifeAhead.org)

[specialchildren.about.com/od/ Problemas médicos/qt/notebook.htm](http://specialchildren.about.com/od/Problemas_medicos/qt/notebook.htm)

# Recreación

## ⇒ Beisbol con Necesidades Especiales

<https://www.facebook.com/WNCSpecialNeedsSports/>

## ⇒ Olimpiadas Especiales – Condado de Polk

<http://sonc.net/local-programs/polk-county/>

[Facebook.com/Special-Olympics-NC-Polk-County-12665005716786007/](https://www.facebook.com/Special-Olympics-NC-Polk-County-12665005716786007/)

(828) 817-4404

## ⇒ Campamentos de Verano

- ★ Verifique con su Sistema Escolar Local a fines de la primavera para el directorio más actualizado de Campamentos de Verano para Necesidades Especiales.

*Camp Tekoa Special Needs Camps* (Campamento Tekoa Campamentos para Necesidades Especiales)

<https://camptekoa.org/camps/special-needs>

*Talisman Camps* – Summer camps for kids with Aspergers, Autism, and ADHD (Campamentos de verano para niños con Asperger, autismo y TDAH)

<https://talismancamps.com/>

## ⇒ TRACK Trails (Senderos TRACK)

Red auto dirigida de aventuras apto para familias al aire libre con senderos ubicados en todo Estados Unidos, incluidos muchos en WNC. Muchos son accesibles para niños de todas las capacidades.

<https://www.kidsinparks.com/>

## ⇒ YMCA – múltiples programas para jóvenes y opciones de campamentos de verano [www.spartanburgymca.org/branch/polk/-county](http://www.spartanburgymca.org/branch/polk/-county)

# FORMULARIO HACER- UN- CALENDARIO Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

## Formulario para Monitorear la Dieta

FECHA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Alimentación por Sonda Nasogástrica							
Desayuno							
Almuerzo							
Cena							
Botanas							
Notas							

# HORARIO DE CUIDADOS

HORA	CUIDADO
<b>Mañana</b>	

# HORARIO DE CUIDADOS

HORA	CUIDADO
	Atardecer
	Noche



