

Cuaderno de Cuidado

*Para Niños y Jóvenes con
Necesidades Especiales
de Atención Médica*



Medical Home Portal



Utah Parent Center
Bringing Hope, Opening Doors, Elevating Inclusion



Acerca de su Cuaderno de Cuidado

¿Qué es un Cuaderno de Cuidado y cómo puede ayudarme?

Un cuaderno de cuidado es una herramienta para seguimiento de información importante sobre la atención médica de su hijo. Fue diseñado para familias, por familias de niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica.

Con el tiempo, obtendrá información y documentación de muchas fuentes y proveedores involucrados en el cuidado de su hijo. Un cuaderno de cuidado le ayuda a organizar la información más importante en un lugar, y le facilita encontrar y compartir esta información con otras personas que forman parte de el equipo de atención de su hijo. Este libro se puede utilizar "tal cual" o puede eliminar o agregar páginas según las necesidades de su hijo. Puede almacenarlo en línea o imprimir una copia.

¿Por qué construir mi propio cuaderno de cuidado?

Los cuadernos de cuidados son muy personales para su hijo e idealmente deberían personalizarse para reflejar su historial médico e información actual del niño. Utah Family Voices recomienda el uso de Medical Portal de inicio para crear su cuaderno de cuidado individualizado.

¿Cómo creo mi propio Cuaderno de cuidado?

Ve a el sitio de [Medical Home Portal](https://www.medicalhomeportal.org/) para obtener consejos sobre cómo configurar su computadora portátil, así como para agregar páginas adicionales o acceder a información adicional.

Necesitará Adobe Reader gratuito en su computadora para abrir y ver los documentos PDF. Este formato le permite guardar archivos que no se pueden modificar, pero que se pueden compartir e imprimir fácilmente. Usted puede descargar una versión de escritorio de Adobe Acrobat Reader en <https://acrobat.adobe.com/us/en/acrobat/pdf-reader.html#tt> o busque Adobe Acrobat Reader en App Store o Google Play Store. Los archivos PDF están configurados para permitirle completar los formularios en su teléfono o computadora, o usted puede imprimir los formularios y completarlos a mano. Es útil ver los ejemplos en línea antes construyendo su propio cuaderno de cuidados. A continuación, se muestran algunos ejemplos de información para incluir:

- <https://cshcn.org/pdf/getting-to-know-me-teens-sample.pdf>
- <https://cshcn.org/pdf/whats-the-plan-teens-sample.pdf>
- <https://cshcn.org/pdf/in-case-of-emergency-form-teens-sample.pdf>

Configuración de su Cuaderno de Cuidado

Utilice su cuaderno de cuidado:

- Guarde el Cuaderno de cuidado donde sea fácil de encontrar. Esto le ayuda a usted y a cualquier persona que necesite información cuando no estás allí.
- Comparta información nueva con el médico de atención primaria de su hijo, la enfermera de la escuela, el personal de la guardería y otras personas que cuidan de su hijo.
- Lleve el Cuaderno de cuidado a sus citas y visitas al hospital para que la información será fácil de encontrar.
- Incluya a su hijo cuando trabaje en Cuaderno de cuidado. Hágale saber que el Cuaderno de cuidado contiene información sobre el/ella y su cuidado.

Siga estos pasos para configurar su Cuaderno de cuidado:

Paso 1: Reúna la información que ya tiene para llenar y actualice su Cuaderno de cuidado.

- Controle los cambios en los medicamentos o tratamientos de su hijo.
- Agregue nueva información al cuaderno de cuidado cada vez que cambie el tratamiento de su hijo.
- Agregue los números de teléfono de los proveedores y contactos.
- Prepárese para las citas.
- Archivar información sobre el historial médico de su hijo.

Paso 2: Consulte las páginas de Cuaderno de cuidado

- ¿Cuál de estas páginas podría ayudarlo a realizar un seguimiento de la información sobre la salud o cuidado?
- Utilice cuaderno de cuidado tal como está, o elimine o agregue páginas que le ayudarán a personalizar su reserva según las necesidades de su hijo. Estos están disponibles en el sitio de [Medical Home Portal](#).
- Utilice los campos del formulario PDF para ingresar y almacenar su información electrónicamente, o puede imprimir un copiar para compartir con otras personas que cuidan a su hijo.
- Para obtener una copia impresa, llame a Utah Family Voices al 801-272-1068.

Paso 3: Decida qué información es más importante mantener en el Cuaderno de cuidado de su hijo

- ¿Qué información busca con frecuencia?
- ¿Qué información necesitan más los cuidadores de su hijo?
- Considere almacenar otra información en un cajón o caja de archivos donde pueda encontrarla, si es necesario.

Paso 4: Ensamble su Cuaderno de cuidado

Todo el mundo tiene una forma diferente de organizar la información. La CLAVE es facilitarte la búsqueda de nuevo. A continuación, se ofrecen algunas sugerencias para los suministros que se utilizan para crear un cuaderno de cuidado:

- Cuaderno de tres anillos para sujetar los papeles de forma segura.
- Divisores con pestañas para crear sus propias secciones de información.
- Divisores de bolsillo para almacenar informes.
- Páginas de plástico para guardar tarjetas de visita y fotografías.

Contenido del Cuaderno de Cuidado

Mi Hijo y Mi Familia

- Página de información infantil
- Calendario de programación
- Página de información familia
- Notas

Cuidado de la Salud

- Hoja de información de salud de emergencia de CSHCN
- Citas médicas
- Diagnósticos y afecciones
- Nutrición
- Seguimiento de la alimentación y la alimentación por sonda
- Seguimiento del crecimiento
- Vacunas y alergias
- Medicamentos
- Tratamientos con nebulizador y chaleco
- Tratos
- Programa de Cateterismo
- Notas respiratorias
- Dental
- Cirugías o procedimientos
- Laboratorio/Pruebas/Procedimientos
- Rastreador de eventos
- Registro de convulsiones/comportamiento
- Suministros médicos
- Notas

Contactos

- Proveedores de servicios de salud
- Recursos de apoyo familiar
- Contactos escolares
- Contactos de emergencia
- Contactos personales
- Registro de contactos
- Notas

Plan de Cuidado

- Programa de cuidados
- Rutina a la hora de comer
- Terapia
- Actividades de la vida diaria
- Experiencias sociales
- Recreación
- Comunicación
- Hitos de comunicación
- Afrontamiento/tolerancia al estrés
- Movilidad
- Social/Juego
- Descanso/Sueño
- Transiciones/Mirando hacia el futuro
- Notas

Cobertura de salud

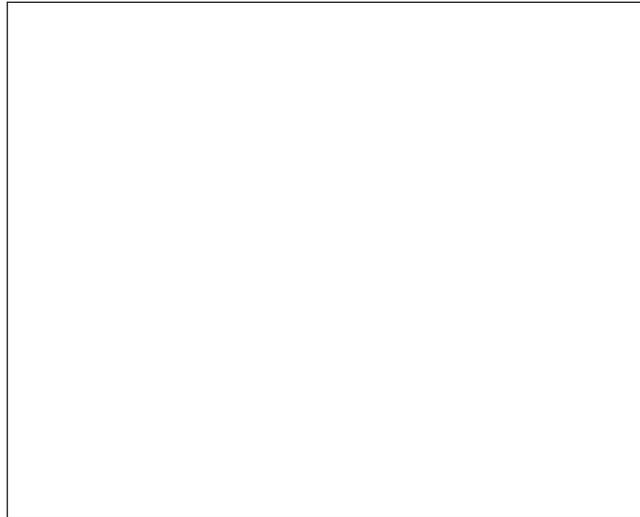
- Cobertura del seguro
- Registro de comunicación de facturas médicas
- Facturas médicas
- Registro de gastos de viajes médicos
- Registro de gastos de bolsillo
- Notas

Nota: puede utilizar todas o solo algunas de estas páginas. Es posible que no todas las páginas se apliquen a su situación familiar. Buscar en el sitio web para agregar diferentes páginas. Organice sus páginas de la forma que más le convenga. (Consulte *Configuración de su cuaderno de cuidado*.) Use separadores o pestañas para ayudarlo a organizar su cuaderno. Protectores de hojas, fundas de plástico y carpetas también ser útil.

**Utilice “Mi hijo y Familia”
de tu Cuaderno de
Cuidado para crear un
perfil de identidad
para su hijo.**

**Esta sección incluye un
perfil personal, familia,
amigos, y un calendario
para programar su citas
del niño y actividades.**

Página de Información del Niño



Mi Foto!

Nombre: _____

Apodo: _____

Cumpleaños: _____

Me gusta: _____

No me gusta: _____

Tengo una mascota Sí No Mi mascota es una _____ Llamado _____

Amigos: _____

Cuidadores: _____

Cuando estoy feliz yo _____

Cuando estoy triste yo _____

Cuando siento dolor yo _____

Necesito ayuda con _____

Puedo hacer estas cosas por mi mismo _____

Si necesita saber algo más, llame _____

Cosas Favoritas

Juguetes _____

Programas de televisión _____

Juegos _____

Aficiones _____

Canciones _____

Animales _____

Comidas favoritas _____

Alimentos menos favoritos _____

Información Familiar

El nombre del niño: _____

Apodo: _____

Fecha de cumpleaños: _____

Diagnóstico: _____ Tipo de sangre: _____

Guardián legal: _____

Dirección: _____ Teléfono durante el día: _____

_____ Teléfono durante la noche: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección: _____ Teléfono durante el día: _____

_____ Teléfono durante la noche: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección: _____ Teléfono durante el día: _____

_____ Teléfono durante la noche: _____

Otros miembros del hogar:

Nombre: _____ La edad: _____

Información importante para la familia: _____

Idioma (s) que se habla en casa: _____

¿Necesita intérprete? Sí: No

¿Intérprete preferido? Nombre: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante la noche: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono durante el día: _____

_____ Teléfono durante la noche: _____

Calendario de Programación

Mes _____ Año _____

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

**El “cuidado de la salud”
sección de su cuaderno de
cuidado contiene todo
información sobre su
cuidado de la salud del
niño y necesidades
sanitarias. Esta será muy
útil en citas con
médicos y especialistas.**



Bringing Hope
Opening Doors
Elevating Inclusion



CSHCN Emergency Health Information Sheet (Información de Emergencia)

Demographics (Demografía)

Name: (nombre) _____

Birthdate: (fecha de nacimiento) _____ M F Age: (edad) _____

Primary Language: (idioma preferido) _____

Parent/Guardian: (nombre de Padre/Tutor) _____ Teléfono: _____

Emergency Contact: (contacto de emergencia) _____ Teléfono: _____

Preferred Hospital for Transport: (hospital preferido) _____

Baseline Status (Condición normal)

Vital Signs: (los signos vitales) HR: _____ RR: _____ BP: _____ O2 Sat: _____%

Weight: (peso) _____lbs Height: (altura)ft/in _____ Best IV site: (mejor IV sitio) _____

Neuro Status/Your child's developmental level: (condición neurológica del paciente)

Nonverbal (no puede hablar) Hearing Impaired (No puede oír) Visually Impaired (No puede ver)

Medical History (Historial medico)

Allergies/Reaction: (alergias/reacción)

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Medical Conditions: (condiciones medicas)

Hospitalizations/Surgeries: (hospitalizaciones/cirugias)

Medications: (medicinas)

1. _____ 6. _____

2. _____ 7. _____

3. _____ 8. _____

4. _____ 9. _____

5. _____ 10. _____

Special Needs/Equipment (Necesidades especiales/equipo)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Feeding pump (bomba de alimentación) | <input type="checkbox"/> Suction Machine (maquina de succion) |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair (silla de ruedas) | <input type="checkbox"/> Gastrostomy Tube (tubo gastronomico) |
| <input type="checkbox"/> Pulse Oximeter (oximetro) | <input type="checkbox"/> Oxygen (oxigeno) |
| <input type="checkbox"/> Apnea Monitor (monitor de apnea) | <input type="checkbox"/> NG/NJ Tube (tubo nasogastrico) |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomy (traqueotomia) Size/type: (medida/marca) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ventilator (ventilador) Type/mode (marca/moda) _____ | |

Any Other Information for Emergency Responders (Otra informacion de emergencia)

Primary Care Physician: (medico de atencion primaria): _____

Teléfono: _____

Especialistas u otros servicios involucrados en la atención de su hijo: _____

Instrucciones para utilizar la hoja de información de emergencia de CSHCN



- Regístrese: vaya al sitio web https://health.utah.gov/chirp/?user_type=parent_guardian Complete el formulario y su hijo quedará registrado. Recibirá el tubo de almacenamiento por correo.
- Actualice cuando haya cambios en la salud, medicamentos, contactos, etc. de su hijo.
- Complete este formulario y guarde una copia en los siguientes lugares. Esto le dará a su hijo el mejor resultado en una situación de emergencia.
 - Oficina del doctor
 - Hogar: dentro del refrigerador en un tubo provisto una vez que se registre en el sitio web
 - En el lugar de trabajo de cada padre
 - Archivado en la escuela
 - Contacto de emergencia: en la casa de esa persona
 - Urgencias locales
 - En el vehículo de cada padre
 - Monedero/billetera de cada padre
 - Mochila / bolsas de viaje para niños

Este formulario fue proporcionado por el Departamento de Salud de Utah Información de salud infantil Programa Red Pack (CHIRP).

Última actualización: _____

Nombre: _____

Citas con el Médico

El nombre del doctor	Cita (Fecha)	Cita (Hora)	Preguntas para hacer en la cita

Diagnósticos y Condiciones

Esta página le ayuda a documentar los diagnósticos oficiales y sospechados de su hijo, junto con las fechas y otras notas que pueda tomar sobre ellos.

El nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Diagnóstico o sospecha Diagnóstico	Proveedor que dio Diagnóstico o Trabajando en ello	Fecha	Notas

Nutrición

Utilice esta página para hablar sobre las necesidades nutricionales de su hijo. Describe los alimentos y las fórmulas nutricionales que el niño toma, cualquier alergia o restricción a los alimentos, y cualquier técnica, precaución o equipo de alimentación especial utilizado para la alimentación. Describa cualquier rutina especial a la hora de comer para su hijo y su familia.

Fecha: _____

Alimentos/Fórmulas nutricionales
Alergias o restricciones
Técnicas, precauciones o equipos especiales de alimentación
Rutinas a la hora de comer

Seguimiento de la Alimentación por Alimentación y por Sonda

Use esta página para hablar sobre el horario de alimentación diario de su hijo. Ya sea que coman por la boca o consuman por un tubo, un horario semanal y detalles adicionales para saber sobre la hora de comer de su hijo y su rutinas.

	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Noche Alimentación por tubo							
Desayuno/ Mañana Alimentación por tubo							
Almuerzo/ Mediodía Alimentación por tubo							
Cena/ Noche Alimentación por tubo							
Meriendas/ Extra Fluidos							
Notas							

Seguimiento del Crecimiento

Esta página le ayudará a realizar un seguimiento del crecimiento de su hijo. Esto es especialmente útil para los padres de niños prematuros bebés y niños con hidrocefalia.

Fecha	Altura	Peso	Cabeza Circunferencia	Revisado por

Vacunas y Alergias

El nombre del niño: _____

https://www.medicalhomeportal.org/

Cuaderno de Ciudadado revisado 03/07/2022

	Fecha	Médico	Reacción												
Hepatitis B															
Difteria-tétanos (Combined: DT)															
Tétanos															
Polio															
Influenza tipo B															
MMR (sarampión, paperas y rubéola)															
Sarampión (rubéola)															
Paperas															
Rubéola (sarampión de 3 días)															
Varicella Zoster															
COVID-19															
Gripe															

	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
Prueba de tuberculina						
Detección de plomo						
Otro						

Vacunas y Alergias

Enfermedades contagiosas	Fecha	Duración	Drogas tomadas

Registro de Alergias

Alergia	Tipo de reaccion	Fecha

Medicamentos

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

Cuaderno de Cuidado revisado 03/01/2022

Nombre de Medicamento	Número de Prescripción	Farmacia	Fuerza de farmacia (ver etiqueta)	Razón de la medicación	Dosis/Frecuencia (Monto)	Ruta (cómo tomado)	Fecha de inicio	Fecha de término	Razón para terminar

Farmacia	Farmacéutico	Dirección	Número de teléfono

Programa de Cateterismo

Un programa de cateterismo puede ayudar en cualquier momento, pero especialmente si el médico necesita información al respecto. Esta página le ayudará a realizar un seguimiento de los tiempos de cateterismo y la producción de orina.

Utilice este registro solo si se aplica a su hijo.

Información de cateterismo para: _____ Mes: _____

Fecha	Tiempo	Monto de orina adquirido	Adicional comentarios (Ve la tabla)	Fecha	Tiempo	Monto de orina adquirido	Adicional Comentarios (Ve la tabla)

Dental

Nombre del niño: _____

Nombre del dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- El dentista ha sido informado sobre la condición médica del niño y los especialistas, médicos, y recomendaciones.

Todos los niños deben recibir atención dental de rutina. Este cuidado puede ser aún más importante cuando su niño tiene una necesidad especial de atención médica. Es posible que deba ser seguido por un dentista con habilidades de especial atención. Consulte con su dentista familiar o el especialista médico de su hijo para determinar si él o ella requiere servicios dentales especializados.

Antes de que se examine a su hijo, el dentista debe tener información sobre los medicamentos de su hijo, condición, cal y cuidado actual. Cualquier precaución recomendada por el especialista médico de su hijo debe discutirse con el dentista. También es esencial que le proporcione al dentista una lista de medicamentos actuales recibidos por su hijo.

Puede utilizar el espacio a continuación para realizar un seguimiento de las citas dentales de su hijo.

Fecha	Tiempo	Información de la cita

Cirugías o Procedimientos

Nombre del niño: _____

Tipo de cirugía/procedimiento	Cirujano/Médico/Hospital	Fecha

Ingresos Hospitalarios (por motivos distintos a la cirugía)

Motivo de admision	Hospital	Fecha

Registro de Convulsiones/Comportamiento

Utilice esta página para realizar un seguimiento de las convulsiones, posibles convulsiones o comportamientos preocupantes. Es importante saber el tiempo entre las convulsiones y cómo se veían cuando hablan con el neurólogo.

Utilice este registro solo si se aplica a su hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha	Duración de la convulsión/ Comportamiento	Descripción de la convulsión (extremidades afectadas, intensidad, etc.) o el comportamiento que le preocupa

Suministros Médicos

Suministros médicos para: _____

Nombre de la empresa de suministro: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono : _____

Descripción del producto	Código de producto	Cantidad	Recibió	Pedido pendiente	Comentarios

**Utilice los “Contactos”
sección de su cuidado
Cuaderno para las
personas que brindan
servicios, cuida tu
niño, y son parte de
sus vidas.
Incluir escuela,
emergencia y contactos
personales.**

Proveedores de Servicios de Salud

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor médico primario _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Proveedor médico primario _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Hospital de especialidades _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre del especialista _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre del especialista _____

Clínica/Hospital _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre del especialista _____

Clínica/Hospital _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Proveedores de Servicios de Salud

Nombre del especialista _____
Clínica/Hospital _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Nombre del especialista _____
Clínica/Hospital _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Nombre del dentista _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Nombre del ortodoncista _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Enfermera de salud pública _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Nutricionista _____
Dirección _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedores de Servicios de Salud

Trabajador social _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Contacto de Healthy Families _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Agencia de salud en el hogar _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Agencia de salud en el hogar _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Agencia de salud en el hogar _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Farmacia _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedores de Servicios de Salud

Farmacia _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Terapeuta ocupacional (OT) _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Terapeuta físico (PT) _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Patólogo del habla y lenguaje _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Otro terapeuta _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedores de Servicios de Salud

Otro terapeuta _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedor de cuidados de relevo _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Contacto _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Contacto _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Contacto _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Recursos de Apoyo Familiar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre a padre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Grupo de padres _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Organización religiosa _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Organización de servicios _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Servicios de asesoramiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Otro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Recursos de Apoyo Familiar

Escuela/Preescolar _____
Principal _____
Contacto de la escuela _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Enfermera de la escuela _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Maestro _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Profesor de educación especial _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Otro _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Otro _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Recursos de Apoyo Familiar

Agencia de transporte _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Agencia de transporte _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedor de atención _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedor de atención _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Proveedor de atención _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Contactos de la Escuela

(Algunos padres almacenan la información del IEP y del plan 504 en protectores de hojas siguiendo esta sección.)

Distrito escolar _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Sitio web _____

Coordinadora de educación especial _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Sitio web/correo electrónico _____

Coordinador del plan de alojamiento 504 _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Sitio web/correo electrónico _____

Enfermera del distrito asignada a la escuela de su hijo _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Sitio web/correo electrónico _____

Proveedor de atención _____
Fecha de inicio _____ Fecha final _____
Agencia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Escuela/Preescolar _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Sitio web _____

Contactos de la Escuela

Director/Administrador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Maestro de la clase _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Instructor de recursos _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Asistente/Interviniente _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Director de educación especial _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Profesor de educación especial _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Terapeuta(s) _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Otros contactos _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Otros contactos _____

Teléfono _____ Fax _____

Sitio web/correo electrónico _____

Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Relación _____
Correo electrónico _____

Contactos Personales

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____
Nombre _____ Dirección _____ _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ _____	Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Registro de Contacto

Fecha	Persona de contacto	Qué se discutió

La sección “Plan de atención” de su Cuaderno de Cuidado es donde puedes enumerar lo que esta sucediendo, lo que harías, o gustaría ver suceder en el futuro.

Esto incluye diariamente cuidado, rutinas a la hora de comer, terapias, recreación, comunicación, juego y más.

Horario de Atención

Tiempo	Cuidado
Mañana	
Tarde	

Horario de Atención

Tiempo	Cuidado
Tarde/Noche	
Noche	

Rutina a la Hora de Comer

Horarios habituales para comer: _____

Tiempo habitual para comer: _____

Alergias a los alimentos	Comidas que se deben evitar

Comidas favoritas	Comida que no le gusta

Equipo de alimentación	Utensilios usados	Posicionamiento

Consejos de alimentación: _____

Experiencias Sociales

¿Qué actividades hacen que la vida de su hijo o hija sea significativa? ¿Qué actividades de ocio realiza disfrutar? Enumere todos los pasatiempos, intereses, actividades recreativas y sociales y preferencias de vacaciones. Hacer una lista de lugares y situaciones con las que su hijo se siente incómodo o no le gusta.

Programas de televisión/películas favoritos

Pasatiempos/actividades en el hogar

Actividades de ocio/clubs fuera del hogar

Nombre del club _____
Persona de contacto _____
Número de teléfono _____
Con qué frecuencia _____

Nombre del club _____
Persona de contacto _____
Número de teléfono _____
Con qué frecuencia _____

Intereses especiales

(Ejemplo: le encantan los juegos de béisbol en persona, pero no en la televisión)

Vacaciones/viajes favoritos

Recreación

Varias organizaciones tienen programas diseñados para brindarles a niños y adultos con necesidades especiales oportunidades para salir y divertirse. Estos incluyen parques locales y programas de recreación. Consulte con su Centro Local de Capacitación e Información para Padres para obtener más información sobre oportunidades de recreación cercanas a tu hogar.

Algunos padres incluyen folletos y calendarios de actividades en esta sección de su Cuaderno de cuidados.

Oportunidad de recreación: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Cronograma: _____

Oportunidad de recreación: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Cronograma: _____

Oportunidad de recreación: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Cronograma: _____

Oportunidad de recreación: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Cronograma: _____

Oportunidad de recreación: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Cronograma: _____

Notas:

Hitos de Comunicación

Utilice esta página para realizar un seguimiento de los intentos y éxitos de su hijo con la comunicación. Esto ayudaría a usted y al terapeuta ver el progreso y medir las metas.

Fecha	Lugar de Interacción	Medios de Comunicación	Tipo de asistencia Tecnología	Palabras especiales o señales

**La “Cobertura de salud”
la sección es donde
puedes registrar toda la
información en
Cobertura de atención
médica, Facturas médicas,
Correspondencia,
y Gastos de bolsillo.**

Cobertura del Seguro

Nombre del seguro: _____

Número de póliza: _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sitio web/correo electrónico: _____

Medicaid (nombre de la ACO, si corresponde. Este es el nombre de la empresa sobre el nombre y la identificación de su hijo número en la tarjeta de Medicaid): _____

Número de póliza: _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del seguro: _____

Número de póliza: _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sitio web/correo electrónico: _____

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sitio web/correo electrónico: _____

Otro: _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sitio web/correo electrónico: _____

Otro: _____

Persona de contacto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Sitio web/correo electrónico: _____

Facturas Médicas

https://www.medicahomeportal.org/

Cuaderno de Cuidado revisado 03/01/2022

Fecha de Servicio	Proveedor (hospital, consultorio médico, etc.)	Servicio (pruebas, cirugía, etc.)	Costo	La compañía de seguros	Seguro pagado	Fecha de Pagado	Familia Debe	Fecha de Pagado
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	
			\$		\$		\$	

Nota: Esta hoja se puede utilizar para fines de declaración de impuestos sobre la renta.

Registro de Gastos de Viaje Médico

Nombre del niño _____

Fecha	Viajar desde	Viajar a	Millas	Adicional Gastos (Comidas, Alojamiento, etc.)	Razón del viaje

<https://www.medicalhomeportal.org/>
Cuaderno de Ciudadado revisado 03/01/2022

Nota: Esta hoja se puede utilizar para fines de declaración de impuestos sobre la renta.



Medical Home Portal



Utah Parent Center
Bringing Hope, Opening Doors, Elevating Inclusion



**Distribuido por el
Medical Home Portal,
Utah Family Voices,
y el Utah Parent Center.**

**Para más información llame al 801-272-1068,
visite utahparentcenter.org,
o envíe un correo electrónico a
tinap@utahparentcenter.org**