# PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA

**PARA UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD**

Usted puede usar este formulario o un documento equivalente aprobado de un plan individual de atención médica desarrollado para un niño con necesidades especiales de salud.

***Un niño con necesidades especiales de salud se refiere a un niño que tiene una condición física crónica, de desarrollo, conductual o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiere servicios de salud y otros relacionados a la salud de un tipo o en una magnitud que excede la requerida por otros niños en general.***

Trabajando en colaboración con el padre/madre del niño y el proveedor de atención médica del niño, el programa ha desarrollado el siguiente plan de atención médica para satisfacer las necesidades individuales de:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL NIÑO: | FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO: | Médico Asistente Médico  Enfermero Practicante |

Describa las necesidades especiales de atención médica de su hijo y el plan de cuidado identificado por el padre/madre y el proveedor de atención médica del niño. Esto debe incluir la información completada en la declaración médica concedida durante la inscripción del niño o información compartida después de la inscripción.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Identifique a los cuidadores que ofrecerán atención a este niño con necesidades especiales de salud:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Proveedor de Cuidado** | **Credenciales o Información Sobre la Licencia Profesional (si se aplica)** |
|  |  |
|  |  |

# PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MEDICA

**PARA UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD**

Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que identificó el proveedor de cuidado para llevar a cabo el plan de atención médica del niño con necesidades especiales, según lo identificó el padre/madre o el proveedor de atención médica del niño. Esto debe incluir la información completada en la declaración médica ofrecida al inscribirse al niño o información compartida después de la inscripción. Además, describa cómo se obtendrá esta capacitación adicional y competencia, incluido quién proveerá la capacitación.

Este plan se desarrolló en estrecha colaboración con los padres del niño y el proveedor de atención médica del niño. Los proveedores de cuidado identificados para proporcionar todos los tratamientos y administrar medicamentos al niño enumerado en el plan individual de atención médica están familiarizados con las regulaciones de cuidado infantil y han recibido capacitación adicional necesaria y han demostrado competencia para administrar dicho tratamiento y medicamentos de acuerdo con el plan identificado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PROGRAMA: | NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO: | NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROGRAMA: |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL (LETRA DE IMPRENTA): | | FECHA:  / / |
| FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO:INFANTIL:  **X** | | |

Estoy de acuerdo que este Plan Individual de Atención Médica satisface las necesidades de mi hijo. Sí  No 

Doy mi consentimiento para compartir información sobre la alergia(s) de mi hijo con todos los cuidadores del programa de manera no discreta. Apoyo las estrategias que implementa el programa para evitar que mi hijo esté expuesto a alérgenos conocidos. Reconozco que estas estrategias pueden incluir recordatorios visuales que pueden resultar en la divulgación de información confidencial sobre las alergias de mi hijo a personal que no sea de cuidado infantil.

Sí  No 

**FIRMA DEL PADRE O MADRE:**

/

/

FECHA:

**X**

* Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
* Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
* Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
* Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

**PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre y apellido del niño(a): | | 2. Fecha de nacimiento:  / / | | | | | 3. Alergias conocidas del niño(a): | |
| 4. Nombre del medicamento *(incluso la dosis)*: | | | 5. Cantidad/dosis a darse: | | | | | 6. Vía de administración: |
| 7A. Frecuencia de administración:  ***O***  7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: *(signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles*): | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 8A. Posibles efectos secundarios: Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (*padre/madre debe proveer).*  ***Y/O***  8B: Efectos secundarios adicionales: | | | | | | | | |
| 9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?  Contactar al padre/madre Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. Otra *(describa*): | | | | | | | | |
| 10A. Instrucciones especiales: Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (*padre/madre debe proveer).*  ***Y/O***  10B. Instrucciones especiales adicionales: *(Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente. También describa situaciones en las que no se debe administrar medicamentos).* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 11. Razón del medicamento *(a menos que sea confidencial por ley)*: | | | | | |  | | |
|  | | |
| 12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?  No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario. | | | | | | | | |
| 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?  No Sí Si marcó “sí,” complete #34 - #35 en el reverso de este formulario. | | | | | | | | |
| 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud:  / / | | | | 15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días:  / / | | | | |
| 16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir  *(letra de imprenta)*: | | | | | 17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: | | | |
| 18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:  **X** | | | | | | | | |

**PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23)**

|  |  |
| --- | --- |
| 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (*Por ejemplo,*  *¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?*): Sí N/A No  Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento *(i.e., 12 p.m.)*: | |
| 20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se especifica en el frente de este formulario *(nombre del niño[a])*: | |
| 21. Nombre del padre/madre *(letra de imprenta)*: | 22. Fecha de la autorización:  / / |
| 23. Firma del padre/madre:  **X** | |

**PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 24. Nombre del programa: | 25. No. de ID del establecimiento: | | 26. No. de teléfono del programa: |
| 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. | | | |
| 28. Nombre del personal *(letra de imprenta)*: | | 29. Fecha recibida del padre/madre:  / / | |
| 30. Firma del personal:  **X** | | | |

**SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15**

|  |  |
| --- | --- |
| 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: | / / |
| (fecha)  Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario.  32. Firma del padre/madre:  **X** | |

**PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO**

|  |
| --- |
| 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar  a este niño(a): |
|  |
|  |
| 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción.  FECHA: / / |
| Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y *no* seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. |
| 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:  **X** |

**OCFS-LDSS-0792A-S** (09/2022) FRENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOTO DEL NIÑO**  **(Opcional)** | | | ESTADO DE NUEVA YORK  OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  **TARJETA INDIVIDUAL DE ACCIÓN**  **PARA EMERGENCIAS DE ALERGIAS Y ANAFILAXIA** | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO: | | FECHA DE NACIMIENTO:  **/ /** | | | SEXO: |
| ALÉRGENES CONOCIDOS: | | | ASMA  SÍ | NO |  |
| HISTORIAL DE ANAFILAXIS  YES NO | | |
| SÍNTOMAS POTENCIALES: | | | | MEDICAMENTO/DOSIS/UBICACIÓN: | | | | |
| **PLAN DE ACCIÓN AL SER EXPUESTO A ALÉRGENOS** | 1  . |  | | | | | | |
| 2  . |  | | | | | | |
| 3  . |  | | | | | | |
| 4  . |  | | | | | | |

**OCFS-LDSS-0792A-S** (09/2022) REVERSO

|  |  |
| --- | --- |
| ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE RIESGOS: | |
| NOTAS: | |
| CONTACTO(S) DE EMERGENCIA: | |
| FIRMA DEL PROVEEDOR:  X | FECHA:  **/ /** |
| FIRMA – PADRE/MADRE O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE:  X | FECHA:  **/ /** |