

Cuaderno del Cuidado de Salud

Para

Compilado por





Centro de Información y Educación de Cuidado de la salud de Familia a Familia

.



Índice

	Página
Sección 1	1
• Introducción	2
• Consejos rápidos antes de empezar	3
Sección 2	4
• Formulario de Información de contactos en una emergencia médica	5
• Direcciones hasta la casa	6
• Directorio familiar	7
• Formulario sobre el Historial Médico de la familia	9
Sección 3	11
• Historial Médico del niño	12
• Diario de medicamentos	17
• Hospitalizaciones, cirugías, procedimientos médicos	18
• Análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas	19
• Actividades de la vida diaria	20
• Tratamientos diarios	21
• Equipo médico durable	22
Sección 4	23
• Lista de médicos especializados	24
• Directorio de proveedores de servicios de salud	25
• Información de la escuela	29
• Apoyo para la familia y recursos locales	30
• Lista de contactos	32
Sección 5	33
• Seguro médico	34
• Apoyo económico	35
• Gastos por cuenta propia	36
Sección 6	37
• Formatos adicionales del cuaderno del cuidado de salud	38
• Enlaces adicionales	38
• Información sobre Padre a Padre del Estado de Nueva York	39

Sección 1

INTRODUCCIÓN

EL CUADERNO DEL CUIDADO DE SALUD

Para El Padre y El Niño

El propósito del Cuaderno Del Cuidado de Salud es proveer un lugar central para la información importante sobre las necesidades médicas especiales de su niño.

Un sistema de mantener el registro de salud es muy importante cuando usted es padre de un niño con necesidades médicas especiales. Padre a Padre del estado de Nueva York ha producido este cuaderno para proveer un libro de referencia invaluable que será fácil y conveniente para mantener los registros de su niño. ¡Imagina que puede conseguir información importante en seguida! Podría hacerlo con este cuaderno. ¡Somos padres de niños con necesidades médicas especiales y entendemos la importancia de encontrar esa información rápidamente!

El Cuaderno Del Cuidado de Salud tiene más valorización que solamente organización. Es un instrumento crucial para ayudarle en el desarrollo de una asociación con profesionales que cuidan a su niño. En la medida en que se vuelve mas organizado, desarrollará habilidades que le ayudará en hablar con los profesionales del cuidado médico.

Se puede dar cuenta de que necesita mas páginas de una página en particular. Las páginas que están en el sitio web de Padre a Padre del Estado de Nueva York están disponibles para descargar. Si no puede conectarse al internet, nosotros podemos mandar lo que necesita por correo o por fax.

Hay varios cuadernos del cuidado de salud en uso y disponible en el Internet. No hay solo un cuaderno que se trata completamente con todos las necesidades de cada niño. Hemos incluido una lista de otros cuadernos en la sección de referencia. Puede descargarlos y combinarlos con páginas de nuestro cuaderno de Padre a Padre del Estado de Nueva York y añadir las a su cuaderno para crear un cuaderno personalizado para usted.

Consejos rápidos antes de empezar

¿Qué es un Cuaderno Del Cuidado de Salud?

Un Cuaderno del Cuidado de Salud es un instrumento organizativo para las familias con niños con necesidades médicas especiales. El uso de este cuaderno puede ayudarle tener en cuenta información importante de la salud de su niño, los nombres de los proveedores y su historia médica.

¿Cómo puede ayudarme este cuaderno?

Cuando cuida su niño con necesidades médicas especiales, recibirá información de muchas fuentes. Este Cuaderno Del Cuidado de Salud ayudará en la organización de toda esa información en un solo lugar. Le ayudará a tener en cuenta los cambios en los medicamentos o tratamientos y proveerá un lugar donde puede referirse a los profesionales de asistencia médica quienes han proporcionado los servicios en el pasado (por ejemplo el logopeda preescolar, el primero otorrinolaringólogo, etc.). Es un solo lugar para guardar los números de teléfono, los nombres de los doctores, los sitios para pruebas, los vendedores de equipo médico durable, los números de serie, las autorizaciones/aprobaciones etc.

El proceso de organizar la historia médica mejorará su habilidad de trabajar en conjunto con los proveedores de asistencia médica de su niño en el proceso de toma de decisiones. Adicionalmente, puede usar el Cuaderno del Cuidado de Salud como un instrumento para apoyar el desarrollo de los habilidades de asistencia médica para el niño quien será un adulto.

¿Cuáles son algunos consejos cuando usando el cuaderno del cuidado de salud de mi niño?

Guarda este cuaderno en un lugar accesible (no en un armario o un ático). Añade nueva información diariamente, mensualmente, semestralmente o después de una cita médica o después de una llamada por teléfono sobre la asistencia médica de su niño. Podría ser importante traer el Cuaderno del Cuidado de salud a las citas médicas. El cuaderno será más útil cuando está actualizada.

Sección 2

Información de contacto en una emergencia y información médica de un niño

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	M	F
		Sexo	
Nombre de los padres/tutor legal ()	Nombre de los padres/tutor legal ()	()	()
Número de casa	Número del trabajo	Número de casa	Número del trabajo
Dirección	Dirección		
Ciudad, Estado. Código Postal	Ciudad, Estado. Código Postal		

Contactos Alternativos de Emergencias

Contacto Primario de Emergencia ()	Contacto Secundario de Emergencia ()	()	()
Número de casa	Número del trabajo	Número de casa	Número del trabajo
Dirección	Dirección		
Ciudad, Estado. Código Postal	Ciudad, Estado. Código Postal		
Ciudad, Estado. Código Postal	Ciudad, Estado. Código Postal		

Información Médica

Preferencia de Hospital/Clínica

Nombre del Médico	Número de teléfono
Compañía de Seguros	Número de Póliza

Consideraciones especiales de la Salud/Alergias

Autorizo todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, rayos-X, laboratorio, anestesia, y otros procedimientos médicos y/o hospitalares como determinado por el médico adscrito y/o por los paramédicos de mi niño y renuncio a mi derecho a consentimiento informado de tratamiento. Este renuncio aplica solamente en el evento que no puede ponerse en contacto con los padres ni el tutor legal en el caso de una emergencia.

Firma de Padre/Tutor Legal	Fecha
----------------------------	-------

DIRECCIONES HASTA LA CASA

(Esta información estará disponible en el caso de un pánico o si se olvide su dirección cuando llama a 911, o para dejar para la niñera, la enfermera, o el pariente a quien cuida a su niño en su casa).

DIRECCIÓN:

LAS CALLES MÁS CERCANAS QUE CRUZA SU CALLE::

NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCIONES ESPECÍFICAS: _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

© Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 6

Directorio Familiar

Padre(s) o Tutor Legal

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Otros Parientes que no son hermanos

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Directorio Familiar, Continuado

Hermanos

Nombre: _____ **Nacimiento** _____ **Sexo** M F

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ **Celular**(____) _____ **Trabajo**(____) _____

Nombre: _____ **Nacimiento** _____ **Sexo** M F

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ **Celular**(____) _____ **Trabajo**(____) _____

Nombre: _____ **Nacimiento** _____ **Sexo** M F

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ **Celular**(____) _____ **Trabajo**(____) _____

Nombre: _____ **Nacimiento** _____ **Sexo** M F

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ **Celular**(____) _____ **Trabajo**(____) _____

Nombre: _____ **Nacimiento** _____ **Sexo** M F

Dirección: _____

Teléfono de casa(____) _____ **Celular**(____) _____ **Trabajo**(____) _____

CHILD'S NAME _____ **DATE:** _____

Formulario sobre el Historial Médico de la Familia

Nombre del niño

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo M ___ F ___ Etnicidad _____

Médico(s) corriente _____

Lista el estado corriente de la familia inmediato de su niño:

Nombres de los abuelos	Vivo/Difunto	Edad (Ahora o a su muerte)	Comentario o causa de muerte

Nombres de los padres	Vivo/Difunto	Edad (Ahora o a su muerte)	Comentario o causa de muerte

Nombres de los hermanos	Vivo/Difunto	Edad (Ahora o a su muerte)	Comentario o causa de muerte

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

Formulario sobre el Historial Médico de la Familia (continuada)

Por favor indica abajo todas las condiciones de salud que aplica a su niño y los miembros de su familia inmediato, incluyendo los padres, abuelos y hermanos:

Condición de salud	Me	Edad cuando empieza/tipo	Miembros de la familia	Edad cuando empieza/tipo
Alzheimer				
Artritis				
Asma/Alergias				
Aneurisma				
Coagulación de sangre				
Desordenes de sangre				
Cáncer:				
Pecho				
Colon				
Postrado				
Pulmón				
Otro				
Diabetes				
Epilepsia/Ataques				
Condición de los ojos				
Enfermedad del corazón				
Hipertensión				
Colesterol alto				
Enfermedad del riñón				
Enfermedad del Pulmón				
Osteoporosis				
Desorden mental				
Fumar				
Derrame cerebral				
Desordenes Tiroides				
Tuberculosis				
Otro:				

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

Sección 3

Historial Médico del Niño

Nombre de Niño:

(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Sexo:
(marca)

Masculino

Femenino

Numero de seguridad social del niño: _____

Dirección: _____

Diagnóstico

Fecha	Médico	Diagnóstico

Registro de Inmunización

Fecha:					
Hep B					
DtaP/Tdap					
Hib					
Polio					
PCV					
MMR					
Varicella					
Hep A					
MCV4					
TB Status					
Otro					
Otro					
Otro					

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 12

Alergias

(Medicación, Alimentos, Insectos)

Alergia _____

Tipo de Reacción _____

Señales y Síntomas _____

Control
(incluyendo antídoto con
dosis) _____

Alergia _____

Tipo de Reacción _____

Señales y Síntomas _____

Control
(incluyendo antídoto con
dosis) _____

Alergia _____

Tipo de Reacción _____

Señales y Síntomas _____

Control
(incluyendo antídoto con
dosis) _____

Alergia _____

Tipo de Reacción _____

Señales y Síntomas _____

Control
(incluyendo antídoto con
dosis) _____

Alergia _____

Tipo de Reacción _____

Señales y Síntomas _____

Control
(incluyendo antídoto con
dosis) _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 13

Información Dental

Dentista

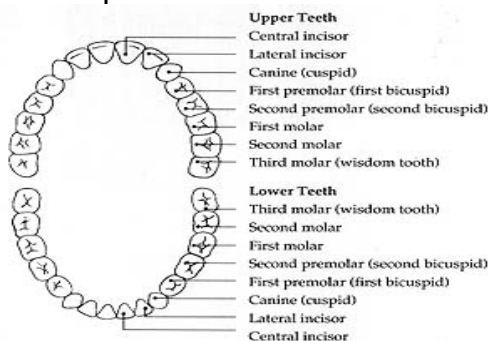
Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ Persona de contacto _____

Indica las coronas, los puentes o otro trabajo dental mayor. Marca el diagrama y escribe una descripción breve.



Descripción _____

Ortodoncista o Cirujano dentista

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ Persona de contacto _____

Aparato de dientes Sí ___ No ___ Tipo de Aparato _____

Instrucciones _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 15

Información de Visión

Oftalmólogo/Optómetra

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado _____ Código Postal _____

Teléfono_____Fax _____Persona de contacto_____

Receta corriente_____

Tipo de Lentes de contacto_____

Instrucciones del uso y cuidado diaria_____

Fecha del último examen_____Algunos cambios_____

Herida a los ojos_____Fecha _____

_____Fecha _____

Nombre de Tienda Optical_____

Dirección_____

Teléfono_____Persona de contacto_____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 16

Registro de Medicamentos

(Incluyendo los equipos que no necesitan una receta)

Fecha ordenado	Médico	Número de receta	Razón
Fecha discontinuado	Medicamentos con concentración	Dosis y Ruta	La hora administrado

Fecha ordenado	Médico	Número de receta	Razón
Fecha discontinuado	Medicamentos con concentración	Dosis y Ruta	La hora administrado

Fecha ordenado	Médico	Número de receta	Razón
Fecha discontinuado	Medicamentos con concentracion	Dosis y Ruta	La hora administrado

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 17

Hospitalizaciones, Cirugías Y Procedimientos

Fecha _____ Procedimiento _____

Médico responsable _____ Cirujano _____

Hospital / Facilidad _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fecha de dado de alta del hospital _____

Instrucciones _____

Fecha _____ Procedimiento _____

Médico responsable _____ Cirujano _____

Hospital / Facilidad _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fecha de dado de alta del hospital _____

Instrucciones _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 18

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Usa esta página para discutir las habilidades de su niño de cuidarse por si mismo o al las necesidades específicas que tiene. Usa hojas adicionales si necesario.

Nutrición

Respiratorio

Comunicación

Movilidad

Hábitos de de sueño

Social/Recreo

Habilidades De Afrontamiento/Estrés

Higiene personal en el cuarto de baño

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

TRATAMIENTOS DIARIOS

Esta página esta escrito como un visión general de los actividades del cuidado diario en el evento que los padres no están y un pariente, una enfermera o un asistente de enfermería está en su puesto. La idea detrás de esta página es para que los padres pueden mantener un horario diario en el archivo. Debería considerar la creación de un régimen personalizado por cada una de estas areas como aplicable y llenarlo con sus apuntes atrás de esta página en el cuaderno.

Señales Vitales:

Respiratorio:

Traquéa:

Tubo de gastrostomia:

Régimen de Defecación/Vejiga:

Equipo adaptivo:

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 21

Equipos médicos durables o suministros médicos

(Incluyendo anteojos, audífonos, y suministros que necesitan una receta)

Equipo o suministro _____
Vendedor _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Teléfono _____
Número de serie _____ Fecha obtenido _____
Reparaciones _____
Num. de Autorización _____
Configuraciones corrientes/Dosis _____

Equipo o suministro _____
Vendedor _____
Persona de contacto _____
Dirección _____
Teléfono _____
Número de serie _____ Fecha obtenido _____
Reparaciones _____
Num. de Autorización _____
Configuraciones corrientes/Dosis _____

Sección 4

Lista de Control de los Médicos Especializados

Resalta o marca con ✓ a lado de los médicos especializados incluido en el cuidado de su niño.

- Anestesiólogos
- Neurocirujanos
- Dermatólogos
- Oncólogos
- Endocrinólogos
- Neurólogos
- Médico General
- Oftalmólogos
- Gastroenterólogos
- Ortopedistas
- Ginecólogo
- Otolaringologos
- Inmunólogos
- Pediatras
- Internistas
- Pedicuros
- Nutricionistas
- Psiquiatras
- Asistente Social
- Radiólogos
- Otro (identifica)
- Urólogos
- Otro (identifica)
- Otro (identifica)
- Otro (identifica)

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org
©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center HCN 24

DIRECTORIO DEL PROVEEDOR DE SALUD

Médico Principal/Médico

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Afiliación con cual hospital: _____

Nombres de personas amables el la oficina: _____

Médico Principal/Médico

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Afiliación con cual hospital: _____

Nombres de personas amables el la oficina: _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 25

DIRECTORIO DEL PROVEEDOR DE SALUD, continuado

Especialistas

Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Afiliación con cual hospital: _____

Nombres de personas amables en la oficina: _____

Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Afiliación con cual hospital: _____

Nombres de personas amables en la oficina: _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 26

DIRECTORIO DEL PROVEEDOR DE SALUD, continuado

Agencia de cuidados en el hogar

Agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Persona de contacto: _____

Farmacias

Farmacia local

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Persona de contacto: _____

Servicios de pedidos de farmacias

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Persona de contacto: _____

Farmacia especializada (Farmaceuticos formuistas, Medicamentos Intravenosos, etc)

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Teléfono de urgencia _____

Persona de contacto: _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 27

DIRECTORIO DEL PROVEEDOR DE SALUD, continuado

Terapuetas

Logopeda

Escuela/Agencia _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Fisioterapeuta

Escuela/Agencia _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Terapeuta ocupacional

Escuela/Agencia _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Terapeuta respiratorio

Escuela/Agencia _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Otro

Escuela/Agencia _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 28

INFORMACIÓN ESCOLAR

Escuela _____

Dirección _____

Teléfono _____

Número de Fax _____

PERSONAL PRINCIPAL DE LA ESCUELA

Director _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Secretario del Director _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Maestro corriente: _____ Tema _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Enfermera de la Escuela: _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Psicologo de la escuela: _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Persona encargada de CSE _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

Transportación / Número del Autobus _____

Teléfono _____ Ext. _____ E-mail _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

INFORMACIÓN POR EL APOYO DE LAS FAMILIAS

Coordinación de Servicio/Manejo del Caso

Nombre de agencia _____

Coordinador de servicio/Nombre del gerente del caso _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Servicios de cuidados paliativos

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Persona de contacto _____

Parent to Parent of NYS

Oficina Regional _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Sitio web: www.parenttoparentnys.org

Persona de contacto _____

Grupo de Apoyo

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Persona de contacto _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 30

INFORMACIÓN POR EL APOYO DE LAS FAMILIAS
(continuada)

Fundación Diagnóstico del Niño

Nombre de agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección del correo electrónico _____

Sitio web _____

Persona de contacto _____

Grupo de Apoyo

Nombre de agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección del correo electrónico _____

Persona de contacto _____

Afiliación religioso/iglesia

Nombre de agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Num. de fax _____

Dirección del correo electrónico _____

Persona de contacto _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 31

Sección 5

SEGURO MÉDICO

Empresa Aseguradora Primaria _____

Nombre del plan _____

Suscriptor (Nombre del asegurado) _____

Dirección _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

ID# _____ Num. del grupo _____

Encargado del Caso/Coordinador del Cuidado/Trabajador del Caso

Nombre _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Dirección del correo electrónico _____

Seguro secundario

Nombre del plan _____

Suscriptor (Nombre del asegurado) _____

Dirección _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

ID# _____ Num. del grupo _____

Encargado del Caso/Coordinador del Cuidado/Trabajador del Caso

Nombre _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Dirección del correo electrónico _____

CHILD'S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 34

Apoyo Financiero

SSI – Seguridad de Ingreso Suplementario

Persona de contacto _____
Teléfono _____
Dirección _____
Teléfono _____
Sitio web _____

MEDICAID

Persona de contacto _____
Teléfono _____
Dirección _____
Teléfono _____
Sitio web _____

CUIDADOS DOMICILIARIOS/DISPENSA DE HCBS

Persona de contacto _____
Teléfono _____
Dirección _____
Teléfono _____
Sitio web _____

El Programa para Niños Discapacitados(“PHCP”)

Persona de contacto _____
Teléfono _____
Dirección _____
Teléfono _____
Sitio web _____

CHILD’S NAME _____ DATE: _____

Reprint of this sheet in its entirety is welcomed. This sheet can be downloaded at www.parenttoparentnys.org

©Parent to Parent of NYS Family to Family Health Care Information and Education Center

HCN 35

Sección 6

REFERENCIA A OTROS CUADERNOS DEL CUIDADO DE SALUD

<http://www.medicalhomeportal.org/living-with-child/caring-for-children-with-chronic-conditions/managing-and-coordinating-care/care-notebook> - Utah, incluye un versión en español

<http://www.health.state.ri.us/family/disability/cc-notebook.php> - Rhode Island

<http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook> - Seattle Children's Hospital

<http://www.medicalhomeinfo.org/tools/CarePlans/CHMCC%20notebook.doc> - Ohio

<http://www.ccids.umaine.edu/archive/maineworks/carenotebook.htm> - Maine

http://www.medicalhomeinfo.org/Tools/care_notebook.html - American Academy of Pediatrics

Enlaces a Otros Problemas de Salud y Seguridad

Emergency Contact Sheet (Hoja de Contactos en Una Emergencia)

http://kidshealth.org/parent/firstaid_safe/sheets/emergency_contact.html?tracking=P_RelatedArticle

When Your Child Needs Emergency Medical Services (Cuando su niño necesita servicios medicos de emergencia)

<http://www.aap.org/family/frk/EMSFRK.pdf>

Power of the Parents, A Safety & Awareness Program (El Poder de los Padres, Un Programa de Seguridad y Concientización)

<http://www.powerofparentsonline.com/>

New York State Institute for Health Transition Training (El Instituto del Estado de Nueva York para la Capacitación de la Transición de Salud)

www.healthytransitionsny.org

Padre a Padre del Estado de Nueva York Visión General y Lista de Oficinas

Padre a Padre del Estado de Nueva York es una organización estatal sin fines de lucro con una misión de apoyar y conectar las familias con individuales con necesidades especiales. Somos un punto de contacto por muchos padres quienes "están empezando" en su viaje de ser padres de un niño con discapacidades de desarrollo. Hay 14 oficinas por el estado de Nueva York, con Coordinadores Regionales, quienes son padres o parientes de individuales con necesidades especiales. Mantenemos un sitio web para proveer información y una lista de eventos - www.parenttoparentnys.org

Una red de Padres de Apoyo de más de 1200 padres es el eje central del **Programa de Unir a Los Padres**. Ha sido creído y mantenido por los Coordinadores Regionales de Padre a Padre. Es un programa modelo utilizado por todo el país para unir a los padres que tienen un niño con enfermedades crónicas ó discapacidades. "Los Padres de Apoyo" son padres de individuales con necesidades especiales que hablan de uno a uno con padres "nuevos" y compartir sus experiencias. Los Padres de Apoyo son las claves en este programa. La organización reconoce la necesidad del apoyo emocional para los padres así como la importancia de saber que no están solos.

Cuando los padres se hacen Padres de Apoyo, reciben capacitación que incluye el entendimiento de las etapas y emociones que se siente un padre o tutor legal y así como capacitación en la comprensión oral.

Los padres nuevos puede unirse con la red de Padres de Apoyo para compartir sus experiencias.

Además del Programa de Unir a Los Padres, la organización contesta llamadas por teléfono de los padres con niños con necesidades especiales quienes buscan recursos, servicios y información. La llamadas incluyen los padres que buscan información sobre servicios médicos y terapias y también incluye los padres que buscan información específica de una enfermedad o discapacidad. Hay preguntas a menudo sobre la educación especial. Todos los programas están basados en la filosofía de los padres que ayudan los unos a los otros de la red de padres de apoyo. Los coordinadores ayudan pero además buscan otros padres para ayudar. Este servicio es gratuito.

El Centro de Información de Cuidado de la Salud, De Familia a Familia ayuda a las familias con acceso a la asistencia médica, el mantenimiento de registros del cuidado de salud y la transición del cuidado de salud pediátrica hasta el cuidado de salud de adulto. Puede ver la información sobre este programa en el sitio web: <http://www.parenttoparentnys.org/Family2Family/familytofamily.html>

**Ponerse en contacto con Padre a
Padre del Estado de Nueva York**

CAPITAL DISTRICT

*Albany, Columbia, Fulton, Greene, Montgomery,
Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie,
Warren*

& Washington Counties

500 Balltown Road

Schenectady, NY 12304

1-800-305-8817, 518-381-4350

Fax 518-393-9607

FINGER LAKES

Livingston, Monroe, Ontario,

Yates and Wayne Counties

The Advocacy Center

590 South Avenue

Averill Court

Rochester, NY 14620

1-800-650-4967, 585-546-1700 ext. 242

Fax 585-223-2481

HUDSON VALLEY

Dutchess, Orange, Putnam, Rockland,

Sullivan, Ulster and Westchester Counties

WIHD / Cedarwood Hall, Room 335

Valhalla, NY 10595

1-800-305-8816, 914-493-2635

Fax 914-493-8066

LONG ISLAND

Nassau and Suffolk Counties

415-A Oser Ave.

Hauppauge, NY 11788

1-800-559-1729, 631-434-6196

Fax 631-434-6151

NORTH CENTRAL NY—SYRACUSE

Cayuga, Cortland, Herkimer,

Lewis, Madison, Oneida,

Onondaga and Oswego Counties

Exceptional Family Resources

1065 James Street

Syracuse, NY 13203

1-800-305-8815, 315- 478-1462,x 322

Fax 315-478-1467

NEW YORK CITY

Serving the Five Boroughs

75 Morton Street

New York, NY 10014

1-800-405-8818, 212-229-3188 or

212-741-5545, Fax 212-229-3146

STATEN ISLAND

c/o IBR, 1050 Forest Hill Road, #108

Staten Island, NY 10314

1-800-866-1068, 718-494-3462

Fax 718-494-0319

ADIRONDACK

Clinton, Essex, Franklin, Hamilton,

St. Lawrence & Jefferson Counties

PO Box 753

Canton, NY 13617

1-800-603-6778, 315-379-1538

(fax is the same)

SOUTH CENTRAL NY-ONEONTA

Broome, Chenango, Delaware,

Otsego, Tioga, and Tompkins Counties

The Family Resource Network

46 Oneida Street

Oneonta, NY 13820

1-800-305-8814, 607-432-0001

Fax 607-432-5516

SOUTHERN TIER

Chemung, Schuyler, Steuben

and Seneca Counties

P.O. Box 205, 210-12th St. #210

Watkins Glen, NY 14891

1-800-971-1588, 607-535-2802

(fax is the same)

WESTERN NY

Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie,

Genesee, Niagara, Orleans & Wyoming Counties

1200 East & West Road

Building 16, Room 1-131

West Seneca, New York 14224

1-800-305-8813, 716-517-3448

Fax 716-517-2385

BUSINESS OFFICE

P.O. Box 1296

Tupper Lake, NY 12986

1-866-727-6970, 518-359-3006

Fax 518-359-2151