

# CUADERNO de Cuidado



[www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org)  
800.962.6817

## Introducción

- 1 CUADERNO de Cuidado de Salud Una Guía Rápida
- 2 Configuración del CUADERNO de Cuidado de Salud

## Información Familiar

- 3 Página del Niño
- 4 Vida del Niño
- 6 Información Familiar
- 7 Recursos de Apoyo Familiar
- 8 Instrucciones para Niñera
- 9 Proveedores de Cuidado/ Respiro
- 10 Infantil Recursos Recreativos

## Información del Proveedor

- 11 Información del Seguro
- 12 Proveedores Médicos
- 14 Información de la Farmacia
- 15 Terapeutas
- 16 Notas de Terapia
- 17 Nutrición/Respiratoria
- 18 Hogar y la Comunidad
- 19 Equipo Médico Duradero
- 20 Proveedores de Transporte

## Formas de Atención Médica

- 21 Resumen Médico Portátil
- 22 Horario de Cuidado Diario
- 23 Registro de Medicamentos
- 24 Rastreador de Alergia
- 25 Registro de Cita
- 26 Notas de Visita Médica
- 27 Laboratorios/Pruebas/Procedimientos
- 28 Suministros
- 29 Rastreador de Crecimiento
- 30 Registro de Dieta
- 31 Hospitalizaciones
- 32 Aspectos Quirúrgicos
- 33 Facturación Médica
- 34 Transiciones
- 35 Notas

# CUADERNO de Cuidado | Una Guía Rápida

## ¿Qué es un CUADERNO de Cuidado?

Un **CUADERNO de Cuidado** es una herramienta de organización para padres/tutores legales que tienen hijos o jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades. Un **CUADERNO de Cuidado** se utiliza para anotar la información importante sobre la salud del niño.

## ¿Cómo puede ayudar un CUADERNO de Cuidado?

En el cuidado de un niño o joven con necesidades especiales o discapacidades, uno tendrá información y documentos de varias fuentes. Un **CUADERNO de Cuidado** ayuda con la organización de lo más importante y lo mantiene en un lugar céntrico. Y un **CUADERNO de Cuidado** facilita encontrar y compartir información con otros que son parte del grupo del cuidado del niño.

## ¿Cómo se utiliza un CUADERNO de Cuidado?

El **CUADERNO de Cuidado** puede ser utilizado para:

- ❖ Archivar información sobre el historial médico del niño,
- ❖ Crear una lista de números de teléfonos de los proveedores de salud y organizaciones comunitarias,
- ❖ Compartir nuevos datos con el médico de cabecera, clínica pública de salud, enfermera de escuela, guardería personal, y otros cuidados del niño.
- ❖ Prepararse para citas; y
- ❖ Anotar cambios en los medicamentos del niño, equipaje o tratamientos.

## Recomendaciones útiles para usar el CUADERNO de Cuidado

Estas sugerencias pueden ser útiles:

- ❖ Mantenga el **CUADERNO de Cuidado** donde es fácil de encontrar. Esto ayudara a cualquier persona que este ayudando el niño a obtener la información rápidamente cuando el padre o tutor legal no están disponibles para darlo.
- ❖ Añadir nueva información al **CUADERNO de Cuidado** siempre y cuando el tratamiento del niño cambie.
- ❖ Considere llevarse el **CUADERNO de Cuidado** para citas y visitas al hospital para asegurar tener la información a la mano.

## CUADERNO de Cuidado - Recomendaciones

- ❖ Las páginas están diseñadas para utilizarlas cuando sea necesario. No todas las páginas aplicaran para la situación del niño.
- ❖ Organizar las páginas de cualquier manera que funcione mejor (Vea “Configurando el **CUADERNO de Cuidado**” en la próxima sección).
- ❖ Utilice separadores o etiquetas para ayudar organizar el **CUADERNO de Cuidado**. Protectores de hojas de plastico, y carpetas son útiles para organizar este material.

## Paso 1: Acumular información disponible.

Coleccione información de salud que ya está disponible. Esto puede incluir reportes de visitas al doctor reciente, resúmenes recientes sobre una estancia del hospital, el esquema escolar del año, analizar resultados, y folletos importantes sobre servicios y programas.

## Paso 2: Revisar las páginas del CUADERNO de Cuidado.

¿Cuáles páginas del CUADERNO de Cuidado podrán ayudar en organizar información sobre la salud infantil? Seleccione las páginas que le ayudan.

## Paso 3: Decidir cuál información es más importante para guardar.

Imprimir copias de las páginas que son útiles. Guardarlos en un cuaderno o electrónicamente. Mantener el CUADERNO de Cuidado electrónico en un disco duro Flash Drive (USB). Imprimir solo las páginas necesarias.

- ❖ Imprimir páginas útiles para un cuaderno personal o crear un archivo electrónico para el CUADERNO de Cuidado, y guardar páginas en un archivo.
- ❖ Llenar información pertinente.
- ❖ Organizar las páginas en una manera útil.
- ❖ Imprimir las páginas de citas, si es de ayuda.

## Paso 4: Preparar el CUADERNO de Cuidado.

Todos tienen diferentes maneras de organizar información. Sin embargo lo más importante es reunir la información en un cuaderno para facilitar la búsqueda de los documentos de manera fácil y rápida.

Aquí hay varias sugerencias para suministros que pueden ser útiles para crear un CUADERNO de Cuidado que funcione bien:

- ❖ Cuaderno de 3 anillos o carpeta de acordeón grandes que sujeten papeles de manera segura
- ❖ Separadores con divisores que crean secciones individuales de información
- ❖ Carpeta con embolses que puedan guardar informes
- ❖ Páginas de plástico que guarden tarjetas de negocio y fotografías



# Información Familiar

# CUADERNO de Cuidado | Pagina del Niño

**Mi nombre es:** \_\_\_\_\_

**Mi apodo es:** \_\_\_\_\_ **Mi fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**El nombre de mi mascota es:** \_\_\_\_\_

**Mi mascota es:** \_\_\_\_\_

**Mis Favorito(a)**

Amigo(a)s: \_\_\_\_\_

Juguetes: \_\_\_\_\_

Juegos: \_\_\_\_\_

Comidas: \_\_\_\_\_

Animales: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Actividades: \_\_\_\_\_

Canciones: \_\_\_\_\_

Cuando estoy contento, actúo de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Cuando estoy triste o cuando siento dolor, actúo de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cosas que puedo hacer por mí mismo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cosas con lo que necesito ayuda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me comunico de esta manera: \_\_\_\_\_

Las personas que me ayudan para hablar son: \_\_\_\_\_

## CUADERNO de Cuidado | Vida del Niño

**Utilice esta página para anotar palabras e ideas acerca de la vida del niño. Escriba una fecha por cada anotación.**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

# CUADERNO de Cuidado | Información Familiar

## Miembros de la Familia

**Padre/Madre:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre/Madre:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Hermanos(as)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa:

¿Necesita intérprete para comunicarse con profesionales? ☐ Sí ☐ No

## Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche: \_\_\_\_\_

## Amigos y Familiares

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Comunidad Religiosa:

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Organización de Defensa

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Otra Organización

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# CUADERNO de Cuidado | Instrucciones para la Niñera

**Instrucciones de Emergencia Médicas: EN UNA EMERGENCIA QUE AMENAZE LA VIDA, MARQUE EL 911**

Primero llame a: \_\_\_\_\_  
Hospital preferido: \_\_\_\_\_  
Doctor primario: \_\_\_\_\_  
Teléfono del médico: \_\_\_\_\_  
Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro: \_\_\_\_\_  
A quien corresponda: Yo/Nosotros: \_\_\_\_\_  
Nombre completo de el/la/los padre(s)/madre/tutor legal de: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: autorizo al personal médico calificado que provea recuperación de cuidado, y también proteger la salud y vida. Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Autorización se vence: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular del padre/ la madre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**Acontecimientos significativos durante las últimas 48 horas, o síntomas para observar e informar:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicación necesitada: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Medicación necesitada: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Medicamentos situados aquí: \_\_\_\_\_  
Instrucciones especiales de los medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suministros y equipaje médico se encuentran aquí: \_\_\_\_\_

Ubicación del extintor de incendios: \_\_\_\_\_  
Ubicación de la linterna: \_\_\_\_\_  
Ubicación de los primeros auxilios: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Cuidado Infantil

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Información Importante: \_\_\_\_\_

Horas disponibles: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Cuidado de Respiro

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Información Importante: \_\_\_\_\_

Horas Disponibles: \_\_\_\_\_

## Proveedor Adicional de Cuidado

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Información Importante: \_\_\_\_\_

Horas disponibles: \_\_\_\_\_

# Cuaderno de Cuidado | Recursos Recreativos

Programas de Recreación, incluyendo parques y programas de recreación en la comunidad, tienen oportunidades para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades para participar. Verificar con proveedores de la comunidad para identificar más actividades recreativas.

## Actividad

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

## Actividad

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

## Actividad

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

## Actividad

Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

**Actividades Adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Información del Proveedor

## Compañía de Seguro Principal

Nombre de Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre/título del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Compañía de Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre/título del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Medicaid

Número (solamente los últimos 6 dígitos) \_\_\_\_\_

Persona/título del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Otro

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre/título del contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

# Cuaderno de Cuidado | Proveedores Médicos

## Médico de Cabecera

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección de clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Atención Especialidad

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Hospitales

### Hospital Local

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Hospital de Especialidades

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Proveedores Dentales

### Dentista

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Ortodoncista

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# Cuaderno de Cuidado | Información de la Farmacia

Utilice este espacio para anotar las farmacias. Los Médicos sugieren que solo una farmacia sea utilizada para todas las necesidades de medicamentos. El farmacéutico mantendrá registros de todos los medicamentos usados y los identificará cuando las interacciones entre medicamentos crean problemas. Sin embargo, farmacias adicionales a veces pueden ser necesarias. A menudo, el seguro requiere el uso de una farmacia que este en línea. Otra opción puede ser una farmacia de hospital o magistral.

## Farmacia Local

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Pagina Web: \_\_\_\_\_ ¿Abierto las 24 horas? Y\_N \_\_\_\_\_

## Farmacia Magistral

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Pagina Web: \_\_\_\_\_ ¿Abierto las 24 horas? Y\_N \_\_\_\_\_

## Farmacia en Línea/por correo

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Pagina Web: \_\_\_\_\_

**Información Importante (alergias y otros)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que requieren la farmacia magistral: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que requieren sabor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Cuaderno de Cuidado | Terapeutas

## Terapeuta Ocupacional (OT)

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurre la terapia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

## Fisioterapeuta (PT)

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurre la terapia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

## Logopedia/Patología Lingüística (S/LP)

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurre la terapia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

## Otra Terapia

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Agencia/hospital/clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurre la terapia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

## Comunicación

Utilice esta sección para escribir sobre la capacidad del niño para comunicarse y entender a otros. Describa como se comunica el niño. Incluye información sobre gestos, lenguaje de señas, o cualquier herramienta utilizada que ayude facilitar la comunicación del niño. También incluye cualquier palabra especial que la familia y niño utilicen para describir cosas. Escribe la fecha en cada nota.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Movilidad

Utilice esta sección para escribir sobre la capacidad del niño para moverse. Incluye lo que el niño puede hacer independientemente, con ayuda, y enumere la herramienta que el niño utiliza para moverse. Describe cualquier limitación de actividad física, incluye cualquier rutina especial que el niño tiene para ser trasladado, por ejemplo: Como disminuir la presión, posicionamiento, etc. Escribe la fecha en cada nota.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Cuaderno de Cuidado | Nutrición/Respiratoria

## Nutrición

Utilice esta sección para escribir sobre las necesidades nutricionales del niño. Describir comidas, rutinas especiales de las comidas, fórmulas nutritivas, alergias de comida, y restricciones. Describir técnicas especiales de alimentación, precauciones o herramientas utilizadas para alimentación. Escribe la fecha en cada nota.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Respiratoria

Utilice esta sección para escribir sobre el cuidado respiratorio del niño. Enumere tratamientos respiratorios que el niño necesita, y describe técnicas especiales y precauciones utilizadas cuando necesitan atención. Escribe la fecha en cada nota.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agencia de Cuidado Administrado

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Administrador de Casos: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de recertificación: \_\_\_\_\_

Otros Contactos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Exención de Agencia CAP

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Administrador de Casos: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de Recertificación: \_\_\_\_\_

Otros Contactos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Agencia de Cuidado Domestico

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Administrador de Casos: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de Recertificación: \_\_\_\_\_

Otros Contactos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Agencia de Cuidado Domestico

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Administrador de Casos: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de Recertificación: \_\_\_\_\_

Otros Contactos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

# CUADERNO de Cuidado | Equipo Médico

**Compañía:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Notas (horario de entrega, horario de orden, etc.):** \_\_\_\_\_

**Equipo Médico:** \_\_\_\_\_

**Descripción (marca, tamaño, etc.):** \_\_\_\_\_

**Fecha de obtención:** \_\_\_\_\_ **Horario de Servicio:** \_\_\_\_\_

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Términos de la Garantía:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Equipo Médico:** \_\_\_\_\_

**Descripción (marca, tamaño, etc.):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Obtención:** \_\_\_\_\_ **Horario de Servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Términos de la Garantía:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Equipo Médico:** \_\_\_\_\_

**Descripción (marca, tamaño, etc.):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Obtención:** \_\_\_\_\_ **Horario de Servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Términos de la Garantía:** \_\_\_\_\_

# CUADERNO de Cuidado | Proveedores de Transporte

## Transporte

Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Transporte

Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Transporte

Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Formas de Atención Médica

## RESUMEN DE LOS REGISTROS MEDICOS

|                                                                         |  |                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre:                                                                 |  |                                                                             |  |
| Dirección:                                                              |  | Celular:                                                                    |  |
| Teléfono de Domicilio:                                                  |  | Correo Electrónico:                                                         |  |
| Fecha de Nacimiento:                                                    |  | ¿Está firmado la forma de No Resucitar? Sí No                               |  |
| Aprende mejor por:                                                      |  |                                                                             |  |
| Apoyo necesitado:                                                       |  |                                                                             |  |
| Personas de decisión legal:                                             |  | Tutela: <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Completo |  |
| Yo <input type="checkbox"/> HC/POA <input type="checkbox"/> POA General |  |                                                                             |  |
| Nombre:                                                                 |  | Teléfono:                                                                   |  |
| Dirección:                                                              |  |                                                                             |  |
| :                                                                       |  |                                                                             |  |
| Contacto de Emergencia/HC                                               |  |                                                                             |  |
| POA:                                                                    |  | Teléfono:                                                                   |  |
|                                                                         |  |                                                                             |  |
| Diagnosis Principal:                                                    |  | Edad: Altura: Peso:                                                         |  |
| 1.                                                                      |  |                                                                             |  |
| 2.                                                                      |  |                                                                             |  |
| 3.                                                                      |  |                                                                             |  |
| 4.                                                                      |  |                                                                             |  |
| 5.                                                                      |  |                                                                             |  |
| <b>MEDICAL</b>                                                          |  |                                                                             |  |
| <b>Médicos:</b>                                                         |  | <b>Hospital:</b>                                                            |  |
|                                                                         |  |                                                                             |  |
| <b>Medicamentos:</b>                                                    |  | <b>Vacunas:</b>                                                             |  |
| Diario:                                                                 |  |                                                                             |  |
| Mensual:                                                                |  | <b>Alergias:</b>                                                            |  |
| PRN/ Según lo necesite:                                                 |  |                                                                             |  |
| <b>Medicaid/Medicare</b>                                                |  |                                                                             |  |
| <b>Nombre de la compañía de seguro:</b>                                 |  | <b>Nombre de la compañía de seguro:</b>                                     |  |
| <b>Suscriptor Primario:</b>                                             |  | <b>Suscriptor:</b>                                                          |  |
|                                                                         |  |                                                                             |  |

Atención Medica/Administrador de Casos  
Proveídos

HRTW Centro Nacional [www.hrtw.org](http://www.hrtw.org)

Proveedor de Salud  
Agencia de Enfermería  
Farmacéutica  
Dentista

# CUADERNO de Cuidado | Horario de Cuidado Diario

| Tiempo       | Atención Proporcionado/Necesitada |
|--------------|-----------------------------------|
| En la Mañana |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
| En la Tarde  |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
| En la Noche  |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |
|              |                                   |

# CUADERNO de Cuidado | Registro de Medicamentos

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Fecha de Inicio | Fecha de Término | Medicamento | Para Tratar | Dosis | Tiempo Dado | Prescrito Por: | Motivo de Ajustes: |
|-----------------|------------------|-------------|-------------|-------|-------------|----------------|--------------------|
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |
|                 |                  |             |             |       |             |                |                    |

\*Nota: Hacer copias adicionales cuando sea necesario

# CUADERNO de Cuidado | Rastreo de Alergias

---

| Alergia al niño | Descripción | Tratamiento | Fecha |
|-----------------|-------------|-------------|-------|
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |
|                 |             |             |       |

# CUADERNO de Cuidado | Registro de Citas

## Pasos para una cita médica satisfactoria:

1. Escriba tres preguntas antes de ir.
2. Numere las preguntas. El número uno es el más importante.
3. Muestre su lista al proveedor. Escriba cualquier comentario hacia sus preguntas.
4. Pregúntele al proveedor por opciones para responder sus preguntas.

| Fecha | Proveedor | Preguntas para discurso | Razón por visita/Atención Proporcionado | Próxima Cita |
|-------|-----------|-------------------------|-----------------------------------------|--------------|
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |
|       |           |                         |                                         |              |

[illegible]

# CUADERNO de Cuidado | Laboratorios/Pruebas/Procedimientos

| Fecha | Examen | Resultado | Comentarios |
|-------|--------|-----------|-------------|
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |
|       |        |           |             |

# CUADERNO de Cuidado | Suministros

| Nombre del Contacto:                                 |             |                     |       |
|------------------------------------------------------|-------------|---------------------|-------|
| Teléfono:                                            |             | Correo Electrónico: | Fax:  |
| Dirección:                                           |             |                     |       |
| Notas (Horario de entrega, horario de pedido, etc.): |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
| Artículo                                             | Descripción | Cantidad            | Notas |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |
|                                                      |             |                     |       |

# CUADERNO de Cuidado | Rastreador de Crecimiento

[illegible]

# CUADERNO de Cuidado | Registro de la Dieta

|                        | Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|------------------------|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Alimentación por Sonda |         |       |        |           |        |         |        |
| Desayuno               |         |       |        |           |        |         |        |
| Almuerzo               |         |       |        |           |        |         |        |
| Cena                   |         |       |        |           |        |         |        |
| Aperitivos             |         |       |        |           |        |         |        |
| Notas                  |         |       |        |           |        |         |        |

# CUADERNO de Cuidado | Hospitalizaciones

| Fecha | Hospital | Razón | Notas |
|-------|----------|-------|-------|
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |
|       |          |       |       |

## CUADERNO de Cuidado | Aspectos Quirúrgicos

| Fecha | Procedimiento | Resultado | Comentarios |
|-------|---------------|-----------|-------------|
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |
|       |               |           |             |

# CUADERNO de Cuidado | Facturación Médica

[illegible]

## CUADERNO de Cuidado | Transiciones

El desarrollo implica cambios. El niño y la familia experimentarán muchos cambios con el tiempo. Expectativas nuevas, responsabilidades y seguir adelante con la vida es parte de las experiencias de cada persona.

No todos los cambios serán grandes. Tres cambios predecibles que ocurren para la mayoría de niños; alcanzar la edad escolar, alcanzar la adolescencia, y el desarrollo de la adolescencia a adultez. Para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades, cambios adicionales pueden ser más frecuentes. Rotación de personal, cambios de seguro, y tratamientos médicos son considerados cambios rutinarios.

Puede ser difícil manejar cambios. El tiempo puede ser limitado para lo que se necesita hacer. Puede haber preguntas sobre la planificación del futuro que parece demasiado complejo. Porque niños, jóvenes, y familias pasan por diferentes cambios, puede ser útil anotar ideas sobre el niño y el futuro de la familia.

Un buen lugar para comenzar es pensar sobre el niño y fortaleza familiar. ¿Cómo estas fortalezas pueden ayudarlo a planear "lo que sigue" y a alcanzar las metas a largo plazo? ¿Cuáles son sus sueños para el futuro del niño, joven, y su familia?

[illegible]

[illegible]



**El Centro de Asistencia para Niños Excepcionales, ECAC**, es una organización para padres, privada y sin fines de lucro, comprometida a mejorar la vida y la educación para TODOS niños, poniendo un énfasis especial en niños y jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades. **ECAC** cree que lo mejor para los niños son familias facultadas en ser su mejor defensor.

Los servicios de **ECAC** son proporcionados sin ningún costo a las familias e incluye asistencia individual, aprendizaje en línea, materiales de impreso y electrónicos, y sesiones educativas para los padres.

**ECAC**

907 Barra Row, Suites 103  
Davidson, NC, 28036  
1-800-962-6817  
[www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org)



Este documento se adaptó, con permiso, de los materiales compartidos por las Voces Familiares de Dakota del Norte, Voces Familiares de Utah, y el Departamento de Salud en el Estado de Washington, el Programa para Niños con Necesidades Especiales.

Fondos provistos por los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Administración de Servicios y Recursos de la Salud, el Departamento de la Salud de la Madre y el Niño.