

Plan de asistencia especial de salud

El plan de asistencia especial de salud identifica a todos los miembros del equipo de atención de la salud y explica los lineamientos (cómo, cuándo y con cuánta frecuencia) y toda la información sobre cómo adaptarse a las afecciones y necesidades especiales de salud del niño en el programa de cuidado de niños.

Nombre del niño(a): _____ Fecha: _____

Nombre del establecimiento de cuidado de niños: _____

.....
Descripción de la afección(es): (describa las dificultades relacionadas con cada afección) _____

Nombre y cargo de los miembros del equipo: (debe incluir a los padres del niño)

Coordinador de la asistencia (a cargo de elaborar y administrar el *Plan de asistencia especial de salud*):

① En caso de que se necesite capacitación, se capacitará a todos los miembros del equipo.

Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP) adjunto. Plan de Educación Individualizada (IEP) adjunto.

Profesionales involucrados que no pertenecen al programa de cuidado de niños

Teléfono

Profesional de la salud (MD, NP, etc.): _____	_____
Terapeuta de lengua y habla: _____	_____
Terapeuta ocupacional: _____	_____
Fisioterapeuta: _____	_____
Psicólogo o consultor de salud mental: _____	_____
Trabajador Social: _____	_____
Persona que aboga por los derechos de la familia: _____	_____
Otro: _____	_____

Comunicación

¿Cuál es el objetivo de comunicación del equipo y cómo se lo logrará? (ejemplo: notas, registro de comunicación, llamados de teléfono, reuniones, etc.):

¿Con cuánta frecuencia se comunicará el equipo? **A diario** **Semanalmente** **Mensualmente** **cada quincena** **otro** _____

Fechas y horas específicas: _____

Información médica específica

❖ Se dio información de documentación médica y está adjunta: Sí No

Formulario de intercambio de información completado por el profesional de la salud cuyo nombre consta en el registro

❖ Medicamento que debe suministrarse: Sí No

Formulario de suministro de medicamento completado por el profesional de la salud y los padres, cuyos nombres constan en el registro (debe incluir el tipo de medicamento, método de administración, cantidad, horario, posibles efectos secundarios, etc.)

Cualquier alergia conocida a alimentos o medicamentos: _____

Necesidades específicas relacionadas con la salud: _____

Estrategias planificadas para satisfacer las necesidades y velar por la seguridad del niño cuando esté en el programa de cuidado de niños: (pañales, llevarlo al baño, jugar al aire libre, momento de círculo, dormir, tomar una siesta, etc.): _____

Plan en caso de ausencia del personal capacitado y a cargo de los procedimientos de asistencia de salud:

Otro (es decir, transporte, salidas o excursiones, etc.): _____

Necesidades especiales de capacitación del personal:

Capacitación supervisada por: _____

1) Tipo (sea específico): _____ Fecha de la capacitación: _____

Capacitación supervisada por: _____

2) Tipo (sea específico): _____ Fecha de la capacitación: _____

Capacitación supervisada por: _____

3) Tipo (sea específico): _____ Fecha de la capacitación: _____

Equipo y posicionamiento

❖ Se consultó al Fisioterapeuta (PT) o al Terapeuta ocupacional (OT):

Sí No No fue necesario

Equipo especial que se necesita o que se debe usar: _____

Posicionamiento del equipo (adjuntar documentación adicional en caso necesario): _____

Notas sobre el cuidado o mantenimiento del equipo: _____

Necesidades de nutrición y alimentación

El formulario de *Asistencia de nutrición y alimentación* completado por el equipo está en el archivo del niño del programa. Fijarse en los requerimientos o necesidades detalladas.

Cambios en el comportamiento (especifique en detalle los cambios en el comportamiento que pueden surgir como consecuencia de las afecciones o necesidades relacionadas con la salud)

Información adicional (incluya cualquier episodio inusual que pueda surgir cuando el niño esté en el programa y explique cómo se debe manejar la situación)

Programa de apoyo al que el niño participa fuera del horario del programa de cuidado de niños

1. Nombre del programa: _____ Persona de contacto: _____
Domicilio y número de teléfono: _____
Frecuencia de asistencia: _____

2. Nombre del programa: _____ Persona de contacto: _____
Domicilio y número de teléfono: _____
Frecuencia de asistencia: _____

3. Nombre del programa: _____ Persona de contacto: _____
Domicilio y número de teléfono: _____
Frecuencia de asistencia: _____

Procedimientos en caso de emergencia

Se necesitan procedimientos especiales de emergencia o médicos. (Documentos adicionales adjuntos)

Instrucciones en caso de emergencia: _____

En caso de emergencia llamar a (nombre de la persona): _____ Teléfono: _____

Seguimientos o revisiones

Se revisará o actualizará este *Plan de Asistencia especial de salud* cada vez que haya cambios en la situación de salud del niño, o al menos cada _____ meses según la opinión colectiva de los miembros del equipo.

Fecha de reunión del equipo para revisar el plan: _____