



Plan compartido de atención

414-300-0040(3)(b) - Centros

414-350-0060(2)(b) - Familia certificada

Completado por _____

Fecha _____

ACERCA DE MÍ						
Nombre del niño/a:	Apellido:	Segundo nombre:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	Edad:	
Mi familia quiere que sepa: • • •						
Mis preferencias incluyen: • • •						
Sugerencias útiles, causas de comportamiento activo: • • •						
Diagnóstico primario de desarrollo neuronal:						
Áreas de dificultad (marque todos los que correspondan)						
<input type="checkbox"/> Comportamiento		<input type="checkbox"/> Movilidad		<input type="checkbox"/> Dieta		
<input type="checkbox"/> Aprendizaje		<input type="checkbox"/> Ortopédica		<input type="checkbox"/> Alimentación/deglución		
<input type="checkbox"/> Comunicación		<input type="checkbox"/> Vías respiratorias		<input type="checkbox"/> Audición		
				<input type="checkbox"/> Visión		
				<input type="checkbox"/> Procesamiento sensorial		
				<input type="checkbox"/> Resistencia o fatiga		
				<input type="checkbox"/> Sueño		
				<input type="checkbox"/> Mantenimiento de la seguridad		
				<input type="checkbox"/> Otros		
Áreas de desarrollo		Puntos fuertes		Desafíos		
Actividades de la vida cotidiana						
Comunicación						
Comportamiento y seguridad						
Función, movilidad, sensorial						
Otro						
PROGRAMAS Y SERVICIOS						
Servicios actuales			Servicios anteriores			
Tipo:	<input type="checkbox"/> Preescolar	<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> Otros	Tipo:	<input type="checkbox"/> Preescolar	
					<input type="checkbox"/> K-12	
					<input type="checkbox"/> Otros	
Nombre de la escuela:				Nombre de la escuela:		
Servicios:	<input type="checkbox"/> Plan de educación individual (IEP) <input type="checkbox"/> Plan de intervención conductual (BIP) <input type="checkbox"/> Transporte especial <input type="checkbox"/> Comunicación aumentativa <input type="checkbox"/> Tecnología de asiste <input type="checkbox"/> Servicios de dotados <input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Terapia de habla y lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) <input type="checkbox"/> Servicios de la visión <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Plan de apoyo familiar individual (IFSP) <input type="checkbox"/> Otros _____			
Contacto principal:	Nombre:				<input type="checkbox"/> Maestro del aula <input type="checkbox"/> Maestro de registro <input type="checkbox"/> Coordinador del programa <input type="checkbox"/> Otros	
	Teléfono:					
	Fax:					
	Correo electrónico:					
Cuidado infantil (que no sea este programa)						
Nombre:			Contacto principal	Nombre:	<input type="checkbox"/> Salón de clases o aula <input type="checkbox"/> Proveedor/a <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Otros	
Tipo:	<input type="checkbox"/> En el hogar <input type="checkbox"/> En el centro <input type="checkbox"/> Otros			Teléfono:		
Asistencia:	<input type="checkbox"/> A tiempo completo solamente <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Pausa			Correo electrónico:		

ATENCIÓN DE RUTINA					
Medicación que debe darse en el cuidado infantil	Horario (Cuándo)	Dosis (Cuánto)	Vía (Cómo)	Razón prescrita	Posibles efectos secundarios
Lista de la medicación administrada en el hogar:					
ACOMODOS NECESARIOS					
Dieta o alimentación:					
Actividad de aula:					
Siesta/dormir:					
Ir al baño:					
Juegos al aire libre:					
Excursiones:					
Transporte:					
Otros:					
Comentarios adicionales:					
EQUIPO ESPECIAL					
1.					
2.					
3.					
ATENCIÓN DE EMERGENCIA					
LLAMAR A LOS PADRES O TUTORES si se presentan los siguientes síntomas:					
LLAME AL 911 (SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA) si se presentan los siguientes síntomas, además de ponerse en contacto con los padres o tutores:					
TOME ESTAS MEDIDAS mientras espera que lleguen los padres o la asistencia médica:					
CAPACITACIÓN ESPECIAL SUGERIDA PARA EL PERSONAL					
CAPACITACIÓN	Firma del proveedor de atención médica o especialista			Fecha	
NOTAS DE LOS PADRES (OPCIONAL)					
<i>Day consentimiento para que el médico o especialista de mi hijo se comuniquen con el proveedor/a de cuidado infantil de mi hijo para hablar de la información contenida en este plan.</i>					
Firma del padre o tutor:				Fecha:	

Importante: Con el fin de garantizar la salud y la seguridad de su hijo, es vital que cualquier persona involucrada en el cuidado de su hijo sea consciente de las necesidades especiales de salud de su hijo, los medicamentos, o la atención de emergencia y las acciones concretas. Este plan se revisará con usted (padre o tutor) y el programa de cuidado infantil cada ___ meses para asegurarnos que ambos estamos de acuerdo en cuanto a proporcionar el cuidado más apropiado para su hijo.