

CCN Child Health Team

Resumen para padres

Nombre del niño: _____ Nombre del padre (o madre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de culminación: _____

Fuente de remisión: _____ Motivo de remisión: _____

¿Qué preguntas/preocupaciones les gustaría que el grupo discutiera?

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

¿Hay alguna otra información sobre su hijo que quisieran compartir con el equipo?

Please return to:

Coordinator's name

CCN Child Health Team Coordinator

Address

City

al revés → Preocupaciones de la familia

PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA

* Marque todas las preocupaciones que tenga su familia sobre el niño. Tal vez el equipo no podría resolver todos los problemas, pero ayudaría al equipo saber todas las preocupaciones de la familia.

FINANZAS	MEDICAL / SALUD	ACCESO / AMBIENTO	PSICOSOCIAL	ESCUELA/ EDUCACIÓN	RECURSOS DE LA COMUNIDAD
<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad (DD) <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Gastos médicos después del seguro médico <input type="checkbox"/> Gastos del hogar <input type="checkbox"/> Comida/ropa <input type="checkbox"/> Gasolina/servicios públicas <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Gastos para servicios de tregua <input type="checkbox"/> Otra cosa_____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Acceso al doctor principal <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado dental <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado especializado en la condición médica <input type="checkbox"/> Comunicación con profesionales <input type="checkbox"/> Coordinación entre proveedores de cuidado médico <input type="checkbox"/> Información sobre la salud <input type="checkbox"/> Usos de medicina y efectos secundarios <input type="checkbox"/> Crianza y desarrollo <input type="checkbox"/> Nutrición y dar a comer <input type="checkbox"/> Otra cosa_____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Equipo adaptivo como utensilios para dar a comer, montacargas, propensos stander, andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada <input type="checkbox"/> Modificaciones de la casa como rampas o puertas para una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Aparatos para la comunicación aumentativa <input type="checkbox"/> Otra cosa_____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Comportamiento del niño <input type="checkbox"/> Interacciones con compañeros <input type="checkbox"/> Apoyo emocional <input type="checkbox"/> Apoyo para los padres/la familia <input type="checkbox"/> Apoyo para los hermanos <input type="checkbox"/> Otra cosa_____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> La intervención temprana <input type="checkbox"/> La educación especial <input type="checkbox"/> Tutores <input type="checkbox"/> Rehabilitación práctica <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Ayuda en enseñar proveedores en la salud <input type="checkbox"/> Ayuda con el Programa Educativo Individualizado/Plan Individualizado de Servicios Familiares <input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de transición <input type="checkbox"/> Otra cosa_____	<input type="checkbox"/> No hay preocupaciones <input type="checkbox"/> Recreo/interacciones sociales <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Entrenamiento para el trabajo <input type="checkbox"/> Servicios legales <input type="checkbox"/> Campamentos de verano <input type="checkbox"/> Atención suplente <input type="checkbox"/> Otra cosa_____