



Oregon Family to Family Health Information Center

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

503-931-8930 (español) or 855-323-6744 (traducción disponible)

ME GUSTARÍA HABLAR CON UN/A COMPAÑERO/A DE PADRES DE FAMILIA

NECESITO INFORMACION SOBRE:

- La condición o discapacidad de mi hijo/a
- Qué servicios están disponibles para él /ella ahora o en el futuro
- Cómo obtener servicios específicos como terapias, cuidado dental, cuidado de salud menta
- Cómo manejar la transición cuando mi hijo/a sea adolescente o cuando cumpla 18 años
- Cómo manejar las necesidades de mi hijo/a durante el día de escuela
- Información sobre algo más:

APOYO:

- Para comunicarme mejor con los terapeutas y proveedores de cuidados de salud
- Para hablar con un padre/madre de un niño/a similar al mío/a, por teléfono
- Para explicar la discapacidad de mi hijo/a a los doctores, familiares, profesores u otras personas
- Para saber cómo contestar cuando me hacen preguntas acerca de su condición
- Para encontrar un grupo de apoyo en este código postal:
- Apoyo para otra cosa:

SERVICIOS DE LA COMUNIDAD:

- Encontrar a un doctor, especialista o dentista que entienda nuestras necesidades
- Encontrar recreación en la comunidad para mi hijo/a
- O a encontrar algo más:

AYUDA ECONOMICA:

- Pagar gastos tales como comida, alquiler, ropa, transporte o gastos médicos
- Seguro medico, OHP (Plan de salud de Oregón), u otros asuntos financieros de salud
- Gastos de equipo especial para las necesidades de mi hijo/a
- Pagar por terapia, cuidado infantil u otros servicios que mi niño/a necesite
- Pagar por alguna otra cosa:

NOMBRE DEL PADRE:

Fecha:

Soy un miembro de familia. Por favor contácteme por (indique uno o los dos):

Una llamada a este número:

Tiempos de disponibilidad:

Si no contesto, por favor: Deje un mensaje Llame una vez más

Un correo electrónico:

Soy un profesional, quien pide que usted contacte al miembro de familia nombrado arriba.

Yo he hablado personalmente con la persona mencionada anteriormente el día _____ y ellos me otogaron permiso _____ oral _____ por escrito para ser contactados por el Oregon Family to Family Health Information Center.

Nombre en letra de molde:

Nombre de la agencia/oficina/departamento:

Devolver por FAX (503 494 2755), correo electrónico (contact@oregonfamilytofamily.org) o correo (OR F2F HIC a/d OCCYSHN, 707 SW Gaines –Portland, OR 97239)