|  |
| --- |
| **Plan de atención compartida** para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud |
| **Nombre del niño/joven:**  | **Obtención de las autorizaciones necesarias:** [ ]  Sí [ ]  No |
| **Al niño/joven le gusta que lo llamen:**  | **Fecha de reunión del equipo:**  |
| **Fecha de nacimiento:**  | **Lugar de reunión:**  |
| **Padre/madre:**  | **Referido por:**  |
| **N.° de teléfono del padre/madre:**  | **Otro:**  |
| **Proveedor de atención médica primaria:**  | **Intérprete (si corresponde):** |
| **Identidad de género:** [ ]  H [ ]  M [ ]  Otro, especifique: |
| **Pronombres:** [ ] Ella/su[ ] Él/su[ ] Otro, especifique: |

|  |
| --- |
| **Fortalezas y habilidades del niño/la familia** |
|  |

|  |
| --- |
| **Idioma y cultura del niño/la familia** |
|  |

|  |
| --- |
| **Inquietudes y objetivos del niño/la familia** |
| Hoy:  |
|  |
| A largo plazo:  |
|  |

|  |
| --- |
| **Breve resumen médico** |
| **Diagnóstico:**  |
| **Medicamentos:**  |
| **Intervenciones actuales:**  | **Intervenciones intentadas:** |
| **Proveedores de atención médica:** |
| **Otra información médica importante (alergias/alertas):**  |
| **Hospital preferido:** | **Farmacia preferida:** |

|  |
| --- |
| **Breve resumen de la participación en la educación/servicios comunitarios** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lista de contactos de los miembros del equipo**  | *Nota: Inicial junto al nombre para indicar la asistencia a la reunión. Agregar las filas que sean necesarias.* |
| **Nombre** | **Rol/Responsabilidad** | **Mejor manera de contactar a la persona** |
|  | Miembro de la familia |  |
|  | Proveedor de atención médica primaria |  |
|  | Educación |  |
|  | Salud mental/conductual |  |
|  | Salud pública  |  |
|  | Plan/seguro de salud  |  |
|  | Intérprete |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de acción** | *Nota: Agregar las filas que sean necesarias.* |
| * El primer objetivo del equipo debería ser aquel identificado como prioridad por la familia.
* Si el niño/joven tiene 12 años o más, incluya un mínimo de un objetivo enfocado en la transición a la atención médica para adultos.
 |
| **Objetivo compartido:** | **¿Quién?** | **¿Hará qué?** | **¿Para cuándo?** |
|  | Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| **Fecha de identificación:** | **Notas:** |
| **Fecha de resolución:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de acción** | *Nota: Agregar las filas que sean necesarias.* |
| * El primer objetivo del equipo debería ser aquel identificado como prioridad por la familia.
* Si el niño/joven tiene 12 años o más, incluya un mínimo de un objetivo enfocado en la transición a la atención médica para adultos.
 |
| **Objetivo compartido:** | **¿Quién?** | **¿Hará qué?** | **¿Para cuándo?** |
|  | Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| **Fecha de identificación:** | **Notas:** |
| **Fecha de resolución:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de acción** | *Nota: Agregar las filas que sean necesarias.* |
| * El primer objetivo del equipo debería ser aquel identificado como prioridad por la familia.
* Si el niño/joven tiene 12 años o más, incluya un mínimo de un objetivo enfocado en la transición a la atención médica para adultos.
 |
| **Objetivo compartido:** | **¿Quién?** | **¿Hará qué?** | **¿Para cuándo?** |
|  | Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| Esta persona | Realizará esta acción | Para esta fecha**Fecha de finalización:** |
| **Fecha de identificación:** | **Notas:**  |
| **Fecha de resolución:** |

© 2020, rev. 2021 Oregon Health & Science University

*Este proyecto está financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Health and Human Services, HHS) bajo el Título V de la Subvención en Bloque para la Salud Materna e Infantil de Oregón (N.° B04MC28122, por la cantidad de $1,859,482) y la subvención “Mejora del sistema de servicios del CYSHCN de Oregón”. (N.° D70MC27548, por la cantidad de $300,000). El proyecto no recibe ninguna financiación no gubernamental. Esta información o contenido y las conclusiones provienen del autor y no deben interpretarse como la postura o política oficial de la HRSA, el HHS o el Gobierno de los EE. UU., ni tampoco deben inferirse sus avales.*

*To request permission to use this template please contact* *occyshn@ohsu.edu*