|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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/suÉl/suOtro, 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*](mailto:occyshn@ohsu.edu)