

CHILDREN'S ADMINISTRATION
Plan de apoyo para cuidadores
Caregiver Support Plan

NOMBRE DEL NIÑO O JOVEN MÉDICAMENTE FRÁGIL	ID DE LA PERSONA	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CREACIÓN DEL PLAN
NOMBRE DEL CUIDADOR	NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO PRIMARIO		NÚMERO DE TELÉFONO

Este plan ha sido desarrollado con el fin de ayudar al cuidador a cumplir las necesidades del día a día de los niños, así como establecer un plan para situaciones de emergencia.

¿Cuáles son las necesidades específicas de salud del niño?

¿Qué servicios existen para satisfacer las necesidades del niño (ejemplo: Cuidado Personal Medicaid o enfermería a través del Programa Médico Intensivo para Niños)?

Describe el plan de cuidado de relevo (¿Quiénes son los proveedores capaces de cuidar al niño? ,¿Con qué frecuencia se autoriza el relevo y durante cuánto tiempo?

Plan de relevo de emergencia. Si el cuidador se vuelve incapaz de cuidar al niño/joven, ¿cuál es el plan para garantizar la seguridad y el bienestar del niño?

Necesidades de asistencia y capacitación primaria del cuidador

DISTRIBUTION: Original – Child / Youth's Case File Copies: Caregiver(s), DLR Licensor

¿Qué capacitación necesita el cuidador para satisfacer las necesidades específicas de salud de este niño?

Se debe completar la capacitación específica para las necesidades médicas del niño antes de la ubicación.

Fecha de finalización: _____ Capacitación proporcionada por: _____

Necesidades de asistencia y capacitación para cuidadores de relevo/secundarios

Se debe completar la capacitación específica para las necesidades médicas del niño antes de la ubicación.

Fecha de finalización: _____

Capacitación proporcionada por: _____

Nombre del proveedor de relevo: _____

NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA ADICIONAL

Nota: adjunte toda la historia médica conocida/disponible y la información de este formulario. Por ejemplo: el informe de salud de PRISM, resumen de coordinación de cuidado por el bienestar, informe de salud y educación FamLink, etc.

COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE LA CAPACITACIÓN

Este plan debe ser desarrollado, revisado y acordado con el cuidador del niño/joven. Al firmar este formulario, el cuidador está de acuerdo con el plan que ha sido desarrollado y con seguir el plan de la mejor manera posible. Se debe proporcionar al cuidador una copia firmada y se debe colocar el original en el archivo del caso del niño/joven.

ASISTENTE SOCIAL	FIRMA	FECHA
CUIDADOR (PRINCIPAL)	FIRMA	FECHA
CUIDADOR (SECUNDARIO)	FIRMA	FECHA
LICENCIADOR DE DLR	FIRMA	FECHA

DISTRIBUTION: Original – Child / Youth’s Case File Copies: Caregiver(s), DLR Licensor