ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE CUIDADO DE LA SALUD
PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

En colaboración con el padre/madre del niño(a)/tutor(a) y el proveedor(a) de cuidado de la salud del niño(a), se desarrolló el siguiente plan de salud para satisfacer las necesidades individuales de:

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento del Niño(a):
Nombre del Proveedor(a) de Cuidado de la Salud del Niño(a):	☐ Médico(a) ☐ Asistente Médico(a) ☐ Enfermero(a) Diplomado(a) en Enfermería

Describa las necesidades especiales del cuidado de la salud que tiene este niño(a) y el plan de cuidado según lo identifica el padre/la madre y el proveedor(a) de cuidado del niño(a). Esto debería incluir información completada en la declaración médica durante la inscripción o compartida después de la inscripción.

Identifique al personal del programa que proveerá cuidado al niño(a) con necesidades especiales de salud:

Nombre	Credenciales o Información sobre la Licencia Profesional

Este formulario continúa en el reverso.

OCFS-LDSS-7006S (Rev. 11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE CUIDADO DE LA SALUD

PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

Continuación

Describa cualquier preparación adicional, procedimientos o destrezas necesarias que fueron identificadas por el personal para llevar a cabo el plan de cuidado de la salud para el niño(a) con necesidades especiales. Esto debe incluir información completada en la declaración médica al momento de la inscripción, o compartida después de ésta. Además, describa cómo obtendrá la preparación y la capacitación necesaria, incluyendo quién proveerá el entrenamiento.

Firma del Representante Autorizado del Programa:

Yo comprendo que es mi responsabilidad cumplir con el plan indicado anteriormente y con las regulaciones de cuidado diurno pertinentes a la salud y al control de infecciones del tipo de cuidado infantil que yo proveo. Este plan fue desarrollado en colaboración con el padre/madre del niño(a) y el proveedor(a) de cuidado de la salud. Yo entiendo que mi responsabilidad es asegurarme de que el personal seleccionado para proveer tratamientos y administrar medicamentos al niño(a) listado en el plan de salud especializado tenga un certificado válido de MAT, CPR y certificaciones apropiadas de primeros auxilios, o que tenga una licencia que lo exima de entrenamiento; y que haya recibido preparación adicional apropiada y haya demostrado competencia para administrar tal tratamiento y medicamentos de acuerdo al plan.

Nombre del Proveedor(a)/Establecimiento:	Número de ID del Establecimiento:	Número de Teléfono del Establecimiento:
Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Diurno Autorizado (letras de imprenta):		Fecha:
Firma del Proveedor(a) de Cuidado Diurno Autorizado:		

Firma del Padre/Madre o Tutor(a):

	Fecha: