

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA
PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Usted puede usar este formulario o un documento equivalente aprobado de un plan individual de atención médica desarrollado para un niño(a) con necesidades especiales de salud.

Un niño(a) con necesidades especiales de salud se refiere a un niño(a) que tiene una condición física crónica, de desarrollo, conductual o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiere servicios de salud y otros relacionados a la salud de un tipo o en una magnitud que excede la requerida por otros niños en general.

Trabajando en colaboración con el padre/madre del niño(a) y el proveedor de atención médica del niño(a), el programa ha desarrollado el siguiente plan de atención médica para satisfacer las necesidades individuales de

NOMBRE DEL NIÑO(A):	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A):
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO(A):	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asistente Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) Practicante

Describa las necesidades especiales de atención médica de su hijo(a) y el plan de cuidado identificado por el padre/madre y el proveedor de atención médica del niño(a). Esto debería incluir informaciónn completada en la declaración médica concedida durante la inscripción o información complotada después de la inscripción.

Identifique a los proveedores del cuidado que ofrecerán atención a este niño(a) con necesidades especiales de salud:

Nombre del Proveedor del Cuidado	Credenciales o Información Sobre la Licencia Profesional (si se aplica)

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA
PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que identificó el cuidador para llevar a cabo el plan de atención médica del niño(a) con necesidades especiales, según lo identificó el padre/madre o al proveedor del cuidado de atención médica del niño(a). Esto debe incluir la información completada en la declaración médica ofrecida al inscribirse o la información compartida después de ésta. Además, describa cómo se obtendrá esta capacitación adicional y competencia, incluido quién proveerá la capacitación.

Este plan se desarrolló en estrecha colaboración con los padres del niño(a) y el proveedor de atención médica del niño(a). Los cuidadores identificados para proporcionar todos los tratamientos y administrar medicamentos al niño(a) enumerado en el plan especializado de atención médica individual están familiarizados con las regulaciones de cuidado infantil y han recibido capacitación adicional necesaria y han demostrado competencia para administrar dicho tratamiento y medicamento de acuerdo con el plan identificado.

NOMBRE DEL PROGRAMA:	NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROGRAMA:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DEL NIÑO(A) (LETRA DE IMPRENTA):		FECHA:
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCION MÉDICA DEL NIÑO(A):		
X		

FIRMA DEL PADRE O MADRE:

X	FECHA:
----------	--------