**OCFS-LDSS-7006-S** (11/2014) FRENTE

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): | Médico  Asistente Médico  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 complartida 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) |
|  |  |
|  |  |

**OCFS-LDSS-7006-S** (11/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MEDICA**

**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: |