**OCFS-LDSS-7006-S** (07/2022) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA**

**PARA UN NIÑO 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 con necesidades especiales de salud.

***Un niño con necesidades especiales de salud se refiere a un niño 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 y el proveedor de atención médica del niño, el programa ha desarrollado el siguiente plan de atención médica para satisfacer las necesidades individuales de:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL NIÑO:      | fecha de nacimiento del niÑo:      |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO:      | [ ]  Médico[ ]  Asistente Médico[ ]  Enfermero Practicante |

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

|  |
| --- |
|  |

**Identifique a los cuidadores que ofrecerán atención a este niño con necesidades especiales de salud:**

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

**OCFS-LDSS-7006-S** (07/2022) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MEDICA**

**PARA UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD**

Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que identificó el proveedor de cuidado para llevar a cabo el plan de atención médica del niño con necesidades especiales, según lo identificó el padre/madre o el proveedor de atención médica del niño. Esto debe incluir la información completada en la declaración médica ofrecida al inscribirse al niño o información compartida después de la inscripción. 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 y el proveedor de atención médica del niño. Los proveedores de cuidado identificados para proporcionar todos los tratamientos y administrar medicamentos al niño enumerado en el plan individual de atención médica están familiarizados con las regulaciones de cuidado infantil y han recibido capacitación adicional necesaria y han demostrado competencia para administrar dicho tratamiento y medicamentos de acuerdo con el plan identificado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL Programa:      | NÚMERO DE id DEL ESTABLECIMIENTO:      | número de teléfono del programa:      |
| NOMBRE del proveedor de cuidado INFANTIL (Letra de imprenta):      | FECHA:      /       /       |
| firma del proveedor de cuidado:INFANTIL:**X** |

Estoy de acuerdo que este Plan Individual de Atención Médica satisface las necesidades de mi hijo.

Sí [ ]  No [ ]

Doy mi consentimiento para compartir información sobre la alergia(s) de mi hijo con todos los cuidadores del programa de manera no discreta. Apoyo las estrategias que implementa el programa para evitar que mi hijo esté expuesto a alérgenos conocidos. Reconozco que estas estrategias pueden incluir recordatorios visuales que pueden resultar en la divulgación de información confidencial sobre las alergias de mi hijo a personal que no sea de cuidado infantil.

Sí [ ]  No [ ]

**FIRMA DEL PADRE O MADRE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **X** | fecha:      /       /       |