

# Libreta DE SALUD

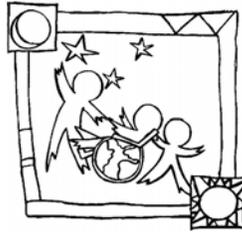
**Una herramienta para organizar la información del  
cuidado de la salud de su hijo**



**Presentado Por:**

Exceptional Children's Assistance Center (ECAC)  
The NC Family to Family Health Information Center





**Este documento se adaptó con la autorización de: Voces Familiares de Dakota del Norte y Voces Familiares de Utah, el Centro para Niños con Necesidades Especiales, el Departamento de Salud de Seattle en el Estado de Washington y el Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud.**

ECAC, el centro de asistencia para niños con discapacidades, es una organización de padres sin fines de lucro y está comprometida a mejorar las vidas y la educación de TODOS los niños a través de un énfasis en niños con discapacidades.

ECAC provee una variedad de programas y servicios designados a facultar a los padres para que se conviertan en los mejores defensores de sus hijos. Nuestros servicios, los cuáles se proveen sin costo para las familias, incluyen: información para los padres, asistencia individual, información y referencia, servicio de biblioteca gratuito, boletines informativos, e-boletines, oportunidades de educación para los padres, paquetes informativos y CDs.

### **ECAC**

907 Barra Row, Suites 102-103

Davidson, NC, 28036

1-800-962-6817

[www.ecac-parentcenter.org](http://www.ecac-parentcenter.org)



Fondos provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Administración de Servicios y Recursos de la Salud, el Departamento de Salud para la Madre y el Niño y la División de Servicios para los Niños con Necesidades Especiales de Salud. El Centro de Información de Salud de Familia a Familia de Carolina del Norte opera bajo el auspicio del subsidio # H84MC08000

# Libreta DE SALUD | Una Guía Rápida



## ¿Que es una Libreta de Salud?

Una Libreta de Salud es una herramienta de organización para los padres de niños con discapacidades o con necesidades especiales de salud. Utilice la Libreta de Salud para seguir la pista de toda información importante relacionada con las necesidades de salud de su hijo. Esta Libreta de Salud ha sido diseñada por los padres de Carolina del Norte.

## ¿Cómo puede ayudarme una Libreta de Salud?

Al involucrarse en las necesidades especiales de salud de su hijo y/o discapacidades, usted puede obtener información y documentación de fuentes diversas. Una Libreta de Salud le ayuda a organizar la información más importante en un lugar específico y le facilita encontrar y compartir información con otros integrantes del equipo del cuidado médico de su hijo.

## ¿Qué usos tiene una Libreta de Salud?

Dá seguimiento a los cambios de tratamientos y de medicamentos de su hijo.  
Enlista los números de teléfono de los proveedores del cuidado de la salud de su hijo y de las organizaciones de la comunidad.  
Prepara para las citas médicas.  
Archiva la información del historial médico de su hijo.  
Comparte la información reciente con el médico general de su hijo, Salud, pública o enfermera escolar, personal de la guardería y con todos los involucrados en la salud de su hijo.

## ¿Cuáles son algunos consejos simples para usar la Libreta de Salud de mi hijo?

Guarde la Libreta de Salud donde sea fácil encontrarla. Esto ayuda si usted o alguien más necesita la información cuando usted no esté ahí. Añada nueva información a la Libreta de Salud cuando el tratamiento de su hijo cambie.  
Considere llevar con usted la Libreta de Salud a las citas médicas e idas al hospital, así la información que necesite le será fácil encontrarla.

**Note** que usted puede usar todas o solo una parte de las páginas. No todas las páginas se ajustan a la situación de a familia.

**Organice** sus páginas de cualquier manera que sea funcional para usted.

(Vea “**Elaborando su Libreta de Salud**” en la próxima sesión)

**Use** separadores o señaladores que le ayuden a organizar su libreta de salud. Protectores de hoja, hojas de plástico y folderes también le ayudarán a organizar el material.

## Siga estos pasos para elaborar la libreta de salud de su hijo:



### **Paso 1: Reúna la información que ya tiene.**

Reúna cualquier información que tenga relacionada con la salud de su hijo. Esto puede incluir reportes de visitas médicas recientes, sumarios recientes de una estadía en el hospital, el plan escolar anual en curso, resultados de análisis o panfletos de información.

### **Paso 2: Revise las páginas de la Libreta de Salud.**

¿Cuál de estas páginas podrían ayudarle a mantener la pista de la información relacionada con la salud o el cuidado de su hijo?

Escoja las páginas que le gusten. Imprima copias de cualquier página que usted podría usar o mantener en el sistema de archivo de la libreta de salud. Para la información en las páginas de 6 a la 22, le recomendamos que las imprima y las lleve con usted a las citas médicas.

Las páginas de la Libreta de Salud están disponibles electrónicamente.

Usted puede mantener la libreta de salud electrónica en un archivo de su computadora, escribir en ella cualquier información relevante e imprimir solo las páginas que quiera o necesite para sus citas. Las páginas adicionales de interés están disponibles en:

<http://www.medicalhomeinfo.org/CareNoteBook/>

### **Paso 3: Decida cuál información acerca de su hijo es más importante para mantenerla en la Libreta de Salud.**

¿Cuál es la información que busca con más frecuencia?

¿Qué información necesitan las personas involucradas con su hijo?

Considere almacenar otra información en un archivo de computadora, en un cajón o caja donde pueda encontrarla si la necesita.

### **Paso 4: Ponga todo junto en la Libreta de Salud.**

Cada quien tiene su propia manera de organizar la información. Lo más importante es que sea fácil para **usted** encontrar algo. Aquí se dan algunas sugerencias de artículos usados para crear una Libreta de Salud:

**Libreta de 3 aros** o un archivero-acordeón grande. Para mantener segura la documentación.

**Señaladores para dividir.** Para crear su propia sección de información.

**Separadores de bolsillo.** Para guardar los reportes.

**Páginas de plástico.** Para almacenar las tarjetas de negocio y fotografías.

# Libreta DE SALUD | Contenido

## Contenido

- Página 3** Libreta d Salud; Una Guia Rápida
- 4** Elaborando su Libreta de Salud
- 5** Conteniendo

### **Formas de Uso Frecuente**

*Muy accesibles para su impresión y llevarlas a sus citas médicas. appointments*

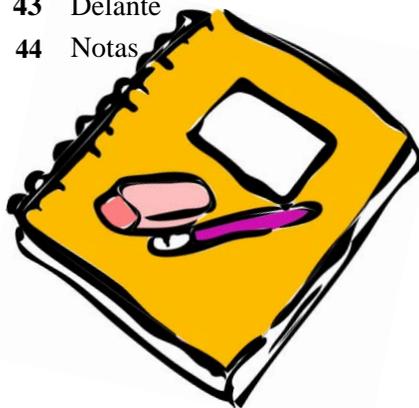
- 6** Página del Niño
- 7** Información sobre la familia
- 8** Forma Médica Portable
- 9** Información de los Seguros
- 10** Registro de Citas Médicas
- 11** Forma de Seguimiento del Crecimiento
- 12** Proveedores Médicos/Dental
- 13** Proveedores Especialistas
- 14** Información de Farmacia
- 15** Registro de Medicamentos
- 16** Pruebas de Laboratorio/Análisis/ Procedimientos
- 17** Reacciones Alérgicas
- 18** Estancia Hospitalaria Forma de Seguimiento
- 19** Aspectos Relevantes Médico Quirúrgicos
- 20** Control Dietético
- 21** Notas de la Visita Médica
- 22** Comunicación para la Facturación Médica Forma de Registro

## Providers and Resources

- 23** Proveedores de equipo
- 24** Compra de Material
- 25** Recursos de Apoyo a la Familia
- 26** Proveedores del Cuidado en Casa
- 27** Plaza/Cuidado de Niños
- 28** Instrucciones para la (el) niñera(o)
- 29** Terapeutas

## Planes de Tratamiento y Sumarios del Cuidado

- 30** Recursos Recreacionales
- 31** Proveedores de Transportación Especial
- 32** Actividades del Desarrollo
- 33** Horario del Cuidado
- 34** Horario del Cuidado (continuación)
- 35** Hoja de la Vida del Niño
- 36** Comunicación
- 37** Lidiando con el Estrés Tolerancia
- 38** Movilidad
- 39** Nutrición
- 40** Cuidado Respiratorio
- 41** Descanso / Sueño
- 42** Social/Juego Transiciones—Mirando Hacia
- 43** Delante
- 44** Notas



# Libreta DE SALUD | Página del Niño



Mi nombre es:

Fecha:

Mi sobrenombre o apodo es:

Yo tengo \_\_\_\_\_a os

Mi mascota es un(a):

El nombre de mi mascota es:

## Mis "favoritos"

Juguetes:

Animales:

Juegos:

Pasatiempos:

Música:

Programas de T.V:

Otros:

Mis comidas favoritas son:

Las comidas que no me gustan son:

Mis amigos se llaman:

Cuando estoy contento, yo:

Cuando estoy triste, yo:

Cuando siento dolor, yo:

Necesito ayuda con: (lavarme, vestirme o cepillarme los dientes):

Puedo hacerlo yo mismo (pero,  gracias por preguntar!):

Si necesito saber algo más, pregúntame o pregunta alguien más:

A quien se puede contactar al llamar:

# Libreta DE SALUD | Información sobre la familia

Mis amigos se llaman:
Cuando estoy contento, yo:
Cuando estoy triste, yo:
Cuando siento dolor, yo:
Necesito ayuda con: (lavarme, vestirme o cepillarme los dientes):
Puedo hacerlo yo mismo (pero, ¡gracias por preguntar!):
Si necesito saber algo más, pregúntame o pregunta alguien más: A quien se puede contactar al llamar:

## *Miembros de la Familia*

☼ Nombre del Padre:
Número de Seguro Social:
Dirección :
Teléfono:
Email:

☼ Nombre de la Madre:
Número de Seguro Social:
Dirección :
Teléfono:
Email:

☼ Nombre del Hermano:	Edad	Nombre:	Edad:
☼ Nombre del Hermano:	Edad	☼ Nombre:	Edad:
☼ Nombre del Hermano:	Edad	☼ Nombre:	Edad:

Otros miembros del hogar:
☼Importante Información Familiar:

☼ Idiomas hablados en casa:
Otro(s) idioma(s):
¿Necesita Intérprete? Si:                      No:
¿Prefiere Intérprete?    Nombre:    Teléfono:

## *Contacto de Emergencia*

☼Nombre:
Dirección:
Teléfono de día:                                      Teléfono de noche:
Teléfono celular:

# Libreta DE SALUD | Formă Medicală Portabilă

<b>NAME</b>			
Address, Home Phone, Cell Phone, Email			
DOB	SS#	Allergy	DNR SIGNED: N/ Y – ADD DATE
<b>Learns best by:</b>			
<b>Supports Needed:</b>			
<b>Legal Decision Maker: __ Self</b>		<b>Guardianship: __ Limited __ Full</b>	
NAME:		PHONE:	
ADDRESS:			
<b>Legal Health Surrogate:</b>			
NAME:		PHONE:	

PRIMARY DIAGNOSIS/ICD-9 CODES	AGE: XX	HEIGHT X'X" (XX inches)	WEIGHT XX lbs
1. 2. 3. 4. 5.			

M E D I C A L	
<b>DOCTORS</b>	<b>HOSPITAL</b>
<b>MEDICINES</b>  Rx <u>DAILY</u>  Rx <u>MONTHLY</u>  Rx <u>PRN</u>	<b>IMMUNIZATIONS</b>
ADD NAME OF INSURANCE COMPANY  <i>Primary Subscriber:</i> ADD NAME ADD Plan Code # ADD Subscriber # Customer service: ADD PHONE #	ADD NAME OF INSURANCE COMPANY  <i>Subscriber:</i> ADD NAME ADD Plan Code # ADD Subscriber # Customer service: ADD PHONE #

<b>Health Care/ Case Manager</b>	ADD NAME	ADD PHONE #	ext. xx
<b>Health Vendor</b>	ADD COMPANY NAME/CONTACT	ADD PHONE #	ADD acc't. #
<b>Home Nursing Agency</b>	ADD COMPANY NAME/CONTACT	ADD PHONE #	ADD acc't. #
<b>Pharmacy</b>	ADD COMPANY NAME	ADD PHONE #	ADD RX #s
<b>Dentist</b>	ADD NAME	ADD PHONE #	

# Libreta DE SALUD | Información de los Seguros, Etc.

## ☼ **Compañía Primaria de Seguro**

Número de Póliza:

Persona a Contactar / Título

Dirección:

Teléfono:

Fax:

## ☼ **Compañía Secundaria de Seguro**

Número de Póliza:

Persona a Contactar / Título

Dirección:

Teléfono:

Fax:

## ☼ **Medicaid / HMO ID Número**

Número de Póliza:

Persona a Contactar / Título

Dirección:

Teléfono:

Fax:

## ☼ **Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI/SSDI) ID:**

Person a Contactar / Título

Dirección:

Teléfono:

Fax:

## ☼ **Otro:**

Número de Póliza:

Persona a Contactar / Título

Dirección:

Teléfono:

Fax:



**Pasos para una cita medica satisfactoria**

1. Escriba sus problemas/preguntas antesde la cita.
2. Enumere sus problemas en forma de preguntas y por orden de importancia.
3. Ensene a s el registro a su proveedor.
4. Hable con el proveedor sobre las opcimes a sus problemas / pregunte. Escriba todo.

FECHA	PROVEEDOR	PREGUNTAS/ PROBLEMAS A TRATAR	RAZÓN DE LA VISITA/SERVICIO PROVISTO	CITA SIGUIENTE



# Libreta DE SALUD | Forma de Seguimiento del Crecimiento

FECHA	ALTURA	PESO	CIRCUNFERENCIA DE LA CABEZA	PRESIÓN SANGUÍNEA	RITMO CARDIACO	NOTAS

# Libreta DE SALUD | Proveedores Médicos/Dentales

## ☼ Proveedor del Cuidado Primario:

Fecha de la Primera Visita:

Enfermera Oficina/ Asistente Médico:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

## ☼ Otro Proveedor del Cuidado Primario:

Fecha de la Primera Visita:

Enfermera Oficina / Asistente Médico:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

## ☼ Centro Médico Primario de los Niños / Hospital:

Número de los Registros Médicos:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

## ☼ Hospital de Especialidad / Clínica:

Doctor:

Número de los Registros Médicos:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

## Proveedores Dentales

### ☼ Nombre del Proveedor Dental:

Fecha de la Primera Visita:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

### ☼ Ortodontista:

Fecha de la Primera Visita:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Email:

# Libreta DE SALUD | Proveedores Especialistas

Muchos doctores especialistas pueden tratar a su hijo. Usted puede tener una lista de algunos de ellos aquí

## *Proveedores Médicos de Especialidad*

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de la Primera Visita:
Enfermera Oficina/ Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de la Primera Visita:
Enfermera Oficina/ Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de la Primera Visita
Enfermera Oficina / Asistente Médica :		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de la Primera Visita:
Enfermera Oficina / Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de Primera Visita:
Enfermera Oficina/ Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de Primera Visita:
Enfermera Oficina/ Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

### ☼ **Proveedor Médico de Especialidad**

Especialidad:		Fecha de Primera Visita:
Enfermera Oficina/ Asistente Médico:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Email:

# Libreta DE SALUD | Información de Farmacia

Use este espacio para seguir la pista de todas sus farmacias proveedoras

Los profesionales médicos sugieren que, si es posible, usted use una farmacia para todas las recetas médicas necesarias. De esta manera, su farmacéutico puede llevar un control de todos los medicamentos surtidos y cualquier problema posible con la interacción entre medicamentos. Aunque, algunas veces, usted puede necesitar re-surtir una receta en la farmacia de su vecindario y en otras ocasiones puede necesitar surtirlos en la farmacia del hospital.

**☼ Farmacia:**

Persona a Contactar:

Dirección :

Teléfono:

Fax:

Email:

Página en Internet:

**☼ Farmacia:**

Persona a Contactar:

Dirección :

Teléfono:

Fax:

Email:

Página en Internet:

**☼ Farmacia:**

Persona a Contactar:

Dirección :

Teléfono:

Fax:

Email:

Página en Internet:

Información importante para el farmacéutico (como alergias a la medicación):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Medicamentos que requieren forma líquida:

---

---

---

---

Medicamentos que requieren saborizantes:

---

---

---

---

**Libreta DE SALUD |** Registro de Medicamentos

Alergias:

Farmacia:

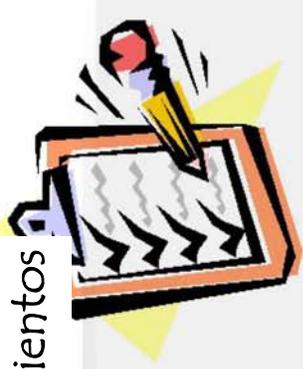
Dirección:

Fax:

Email:

Teléfono:

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	MEDICACION	PARA TRATAR	DOSIS / RUTA	TIEMPO DADO	PRESCRITO POR:	EFFECTOS SECUNDARIOS



## Forma de Seguimiento

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	COMENTARIOS

# Libreta DE SALUD | Reacciones Alérgicas



## Forma de Seguimiento

FECHA	ALERGENO	REACCION	ANECDOTA ( C/ DOSIS)



Forma de Seguimiento

<b>FECHA</b>	<b>HOSPITAL</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>NOTAS</b>

# Libreta DE SALUD | Aspectos Relevantes Médico Quirúrgicos



FECHA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	COMENTARIOS



# Libreta DE SALUD | Control Dietético

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
TUBO DE ALI-MENTACION							
DESAYUNO							
ALMUERZO							
CENA							
REFRIGERIO							
NOTAS							



**Libreta DE SALUD** | Comunicación para la facturación médica  
Forma de Registro

Información de la Factura							Información de la persona con la que habló				Notas
Cuenta #	Proveedor	Fecha de Servicio	Razón de la factura	Fecha del tiempo de contacto	Hora	Nombre	Título (como: Representante de la cuenta)	Credenciales (RN, Dr, ninguno)			

# Libreta DE SALUD | Proveedores de equipo

## ☼ Proveedor del Equipo Médico Durable (DME):

Persona a Contactar :

Teléfono:

Fax :

E-Mail:

Dirección:

Notas (fecha de entrega, programa de orden, etc.):

## ☼ Nombre del Equipo:

Descripción (marca, tamaño, etc.):

Fecha de Adquisición:

Programa de Servicio:

Person a Contactar :

Teléfono:

## ☼ Nombre del Equipo:

Descripción (marca, tamaño, etc.):

Fecha de Adquisición:

Programa de Servicio:

Person a Contactar :

Teléfono:

## ☼ Nombre del Equipo:

Descripción (marca, tamaño, etc.):

Fecha de Adquisición:

Programa de Servicio:

Person a Contactar :

Teléfono:

## ☼ Nombre del Equipo:

Descripción (marca, tamaño, etc.):

Fecha de Adquisición:

Programa de Servicio:

Person a Contactar :

Teléfono:

# Libreta DE SALUD | Compra de Material

<b>Proveedor del Equipo Médico Durable (DME):</b>			
Persona a Contactar :			
Teléfono:	Fax :	E-Mail:	
Dirección:			
Notas (tiempo de entrega, tiempo de orden, etc.):			
<i>ARTICULO</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>NOTAS</i>

Supplies Purchased

# Libreta DE SALUD | Recursos de apoyo a la familia

## ☼ Grupo de Apoyo / Organización:

Persona a Contactar:

Dirección/Direcciones:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Enfoque del grupo :

## ☼ Organización Religiosa:

Persona a Contactar:

Dirección/Direcciones:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Notas :

## ☼ Servicio de Consejería:

Persona a Contactar:

Dirección/Direcciones:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Enfoque del grupo :

## ☼ Departamento de Servicios Humanos:

Persona a Contactar:

Dirección/Direcciones:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Notas :

## ☼ Otro:

Persona a Contactar:

Dirección/Direcciones:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Notas :

# Libreta DE SALUD | Proveedores del cuidado en casa

## ☼ Agencia para el Cuidado en Casa:

Fecha de Inicio:

Administrador del Caso:

Otros Contactos (programador, facturación, etc.):

Enfermera de Cuidado Primario:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼ Agencia para el Cuidado en Casa:

Fecha de Inicio:

Administrador del Caso:

Otros Contactos (programador, facturación, etc.):

Enfermera del Cuidado Primario:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼ Agencia para el Cuidado en Casa:

Fecha de Inicio:

Administrador del Caso:

Otros Contactos (programador, facturación, etc.):

Enfermera del Cuidado Primario:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼ Agencia para el Cuidado en Casa:

Fecha de Inicio:

Administrador del Caso:

Otros Contactos (programador, facturación, etc.):

Enfermera del Cuidado Primario:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼ Agencia para el Cuidado en Casa:

Fecha de Inicio:

Administrador del Caso:

Otros Contactos (programador, facturación, etc.):

Enfermera del Cuidado Primario:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

# Libreta **DE SALUD** | Plazo/cuidado de niños

## ☼ Apoyo para dar un Respiro a la Familia/Proveedor del Cuidado al Niño:

---

Fecha de Inicio:

---

Persona a Contactar:

---

Dirección:

---

Teléfono:                          Fax:                          E-Mail:

---

Información Importante :

---

## ☼ Apoyo para dar un Respiro a la Familia/Proveedor del Cuidado al Niño:

---

Fecha de Inicio:

---

Persona a Contactar:

---

Dirección:

---

Teléfono:                          Fax:                          E-Mail:

---

Información Importante :

---

## ☼ Apoyo para dar un Respiro a la Familia/Proveedor del Cuidado al Niño:

---

Fecha de Inicio:

---

Persona a Contactar:

---

Dirección:

---

Teléfono:                          Fax:                          E-Mail:

---

Información Importante :

---

## ☼ Agente Fiscal, si aplica:

---

Agente Fiscal:

---

Contacto:

---

Teléfono:                          Fax:                          E-Mail:

---

# Libreta DE SALUD | Instrucciones para la (el) niñera(o)

<b>☼ Instrucciones para una Emergencia Médica:</b>
Primera Llamada:
Hospital de su Elección:
Doctor de Atención Médica Inicial:
Teléfono del Doctor de Atención Médica Inicial:
Proveedor de Seguro:
Seguro No.
A quien corresponda: Yo/Nosotros _____, el padre/guardián (es) legal(es) (nombre completo)
_____ , cuya(s) fecha de nacimiento(s) es(son) _____, otorgo permiso al personal médico calificado para proveer cuidado y tratamiento para disminuir el dolor innecesario, complicaciones, cicatrices o retrasos en la recuperación, así como para proteger la vida y las extremidades. Alergias conocidas a:
_____ . Fecha _____ Esta autorización es válida hasta: _____

Usted vive en (dirección):

Teléfono (de la dirección):

Teléfono del Padre o Guardián:

Otro Contacto (Nombre y Teléfono):

## **EVENTOS SIGNIFICANTES DURANTE LAS ULTIMAS 48 HORAS O SIMTOMAS PARA SU OBSERVACION Y REPORTE:**

Toma Médica Actual - Dosis — Tiempo para Administrarse:

Instrucciones Especiales:

Artículos importantes, se localizan en:

Medicamentos, se guardan en:

Equipo médico y materiales, se localizan en:

Extintor de fuego, se localiza en:

Linterna, se localiza en:

Equipo de primeros auxilios, se localizan en:

# Libreta DE SALUD | Terapeutas

## ☼Terapista Ocupacional (OT)

Fecha de Inicio:

Agencia/Hospital/ Clinica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼Terapista Físico (PT)

Fecha de Inicio:

Agencia/Hospital/ Clinica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

## ☼Habla – Patólogo del Lenguaje (SP)

Fecha de Inicio:

Agencia/Hospital/ Clinica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

☼

Fecha de Inicio:

Agencia/Hospital/ Clinica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

☼

Fecha de Inicio:

Agencia/Hospital/ Clinica:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

# Libreta DE SALUD | Recursos Recreacionales

Un número de organizaciones tienen programas diseñados para dar oportunidades de recreación a los niños y adultos con necesidades especiales. Estos incluyen parques locales y programas de recreación. Verifique con sus proveedores para saber más sobre las oportunidades de recreación que existen cerca de su casa.

## *Oportunidad de Recreación:*

### ☼ Oportunidad de Recreación:

Persona a Contactar:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Horario :

### ☼ Oportunidad de Recreación:

Persona a Contactar:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Horario :

### Actividades de Diversion:

# Libreta DE SALUD | Proveedores de Transportación Especial

## ☼ **Transportación (de y para fines médicos / citas para terapia)**

Persona a Contactar:

Agencia :

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Información Importante (como: ruta del autobús, reglamento para recoger al pasajero, etc.)

## ☼ **Transportación (de y para fines médicos / citas para terapia)**

Persona a Contactar:

Agencia :

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Información Importante (como: ruta del autobús, reglamento para recoger al pasajero, etc.)

## ☼ **Transportación (de y para fines médicos / citas para terapia)**

Persona a Contactar:

Agencia :

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Información Importante (como: ruta del autobús, reglamento para recoger al pasajero, etc.)

## ☼ **Transportación ( de y para fines médicos / citas para terapia)**

Persona a Contactar:

Agencia :

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Información Importante (como: ruta del autobús, reglamento para recoger al pasajero, etc.)



# Libreta DE SALUD | Horario del Cuidado

TIEMPO	CUIDADO
MAÑANA	
DESPUES DE MEDIODIA	

# Libreta DE SALUD | Horario del Cuidado (Continuación)

TIEMPO	CUIDADO
TARDE	
NOCHE	





**Libreta DE SALUD** | Lidando con el Estrés/Tolerancia

Utilice esta página para describir como su hijo lidia con el estrés. Los eventos estresantes podrían incluir gente nueva o situaciones, una estadía en el hospital o procedimientos tales como extracción de sangre. Describa que cosas alteran a su hijo y que hace su hijo cuando se altera o cuando "ya tuvo suficiente." Describa lo que hace su hijo para pedir ayuda y las cosas que hay que hacer o decir para confortarlo.

Fecha:

Lined writing area for notes.











# Libreta DE SALUD | Transiciones–Mirando hacia delante

Su hijo y familia experimentaran muchas transiciones, grandes y pequeñas a lo largo del tiempo. Tres transiciones predecibles ocurren para la mayoría de los niños: tener edad escolar, acercarse a la adolescencia y el cambio de adolescente a adulto. Muchos niños no experimentan estas transiciones de la manera que muchos niños lo hacen. Otras transiciones pueden involucrar ingresar a nuevos programas, trabajar con nuevas agencias y proveedores del cuidado o hacer nuevos amigos. Las transiciones involucran cambios: añadiendo nuevas experiencias, responsabilidades o recursos e independencia.

Ver hacia las transiciones puede ser duro, dependiendo de las circunstancias. Usted puede tener el tiempo limitado, solo haga lo que se necesita haer hoy. Usted puede encontrar de mucha ayuda el escribir algunas ideas sobre el futuro de su familia y el de su hijo. Usted puede empezar por las fortalezas de su familia y de su hijo. ¿Como estas fortalezas pueden ayudarlo a planear "lo que sigue" y a alcanzar las metas a largo plazo? ¿Cuales son sus sueños y miedos para el futuro de su hijo y de su familia?

Fecha:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

