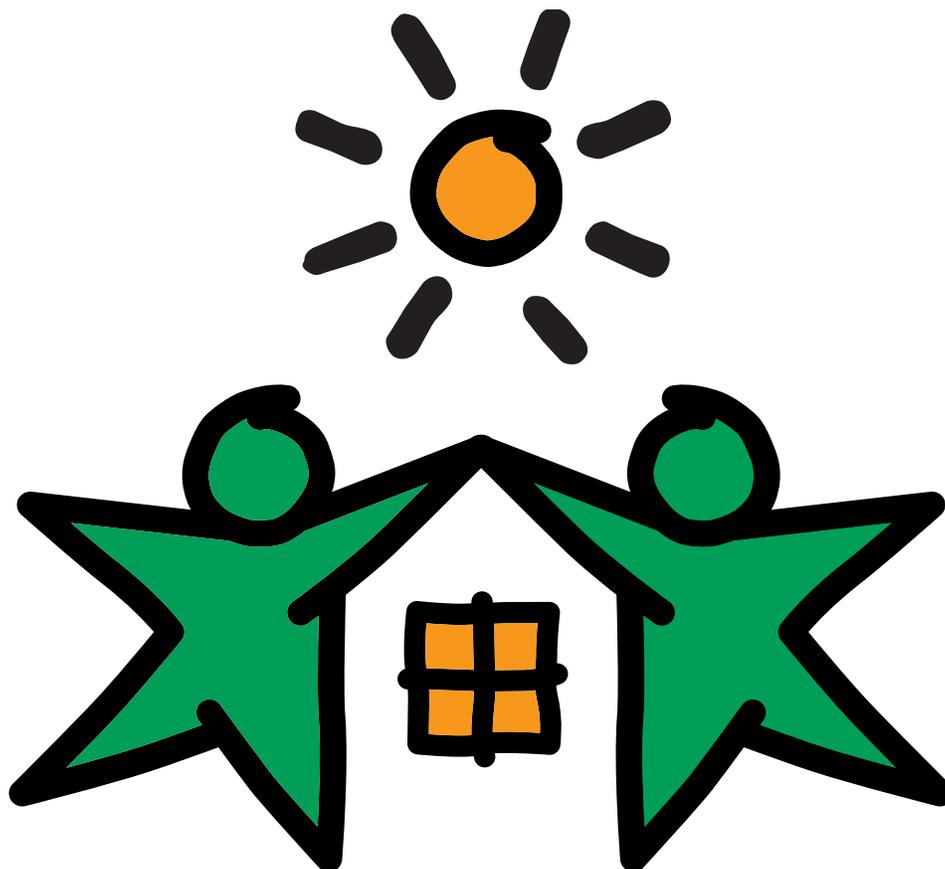


Registro Médico para Niños: Personal y Portátil



Julio 2005

Proyecto de: Alameda County Medical Home Project

Patrocinado por: Alameda Alliance for Health

Adaptado de: Southwest Institute for Families of Children with Special Needs
Health Status Assessment

Introducción



*** Introducción al Registro Médico para Niños (RMN)**

Bienvenidos a su Registro Médico para Niños (RMN)



Propósito

Padres y médicos con niños con necesidades médicas especiales desarrollaron el RMN. El RMN es un documento médico portátil comprensivo. El RMN es usado para supervisar el estado de salud de un niño para poder comunicar información exacta y oportuna. El RMN provee una forma conveniente y efectiva de organizar información para niños con necesidades médicas especiales.

Consejos extras para usar el RMN

Este documento es su herramienta. Hágala útil para usted. No se preocupe si no necesita todos los formularios. Guárdelos en el Apéndice para el futuro. Adapte el libro para que llene las necesidades de su hijo/a. Cuando esté ocupado/a use los calendarios para apuntar información y transfíerlos al registro historial luego. Algunos médicos y hospitales van a copiar el retrato y los registros de su hijo/a en vez de hacerlo/a llenar los documentos médicos. Le recomendamos que mantenga el RMN al día y que lo renueva todos los años.

Contenido

El RMN tiene seis secciones:

- A) Introducción, que explica paso a paso como usar el libro
- B) Retrato del Niño
- C) Registros y Entradas
- D) Información Importante de Agencias
- E) Calendario y Directorio Telefónico
- F) El Apéndice

Los formularios son fáciles de entender. Hemos desarrollados las siguientes guías para ayudarlo a usar el RMN.

*El Registro Médico para Niños, o RMN (en Inglés: Child's Health Record o CHR) originariamente "Evaluación del Estado de Salud del Niño (EESN) y Documento Médico Portátil," es una herramienta diseñada por el Medical Home Project for Children with Special Health Care Needs.

A) Introducción a la explicación paso a paso

Necesitará una carpeta con tres argollas, un aparato para hacer agujeros en papel, 5 etiquetas, un bolsillo plástico o papel protector hecho para las carpetas de tres argollas. Use TINTA NEGRA cuando este llenando los documentos, es más fácil de copiar.

B) Retrato del niño

El retrato del niño es usado para organizar los documentos médicos de su hijo/a para que usted tenga acceso inmediato a información que es requerida por proveedores de cuidado médico y otras personas que trabajen con su hijo/a. Sea para una visita regular o una emergencia usted va a estar preparado.

1) Organícese

El primer paso en usar el RMN es reunir todos los documentos médicos de su hijo y ponerlos en orden cronológica. Luego llene los formularios.

2) El Retrato de mi hijo/a: El retrato es un historial médico comprensivo, un retrato del desarrollo de la salud de su hijo/a, y un registro portátil de todas las transacciones y comunicaciones relacionadas al estado de salud de su hijo/a.

Complete toda la información que aplica a su hijo/a. El Retrato de mi hijo/a puede ser compartido con médicos, escuelas, hospitales para evaluaciones anuales, revisiones de seguro médico, o cualquier institución que le provea salud a su hijo/a. Es especialmente útil para ingresos a hospitales y visitas a médicos que no conocen a su hijo/a.

- I. **Información Personal (números telefónicos importantes, diagnosis, y información sobre el seguro médico):** Tener todos estos números en un lugar puede ahorrar tiempo, ayudarlo a acordarse de los nombres de personas en cada organización, y ayudar a los proveedores de cuidado de salud.
- II. **Equipo, Suministro, & Servicios (Proveedores de terapia, proveedores de equipo, artículos de cuidado respiratorio):** Esta área es una continuación de su lista de contactos, pero también provee áreas para la frecuencia de servicios proveídos, cuando comenzó el servicio, e información detallada sobre cualquier cuidado respiratorio que reciba su hijo/a.
- III. **Información actual sobre la aptitud y el estado sensorial (visión, oído, movilidad, comunicación, desarrollo, traslado, alimentación, higiene, y servicios sanitarios):** Esta sección provee información detallada sobre exámenes, comunicaciones, movilidad (como se mueve su hijo/a), alimentación, raza étnica, preferencia religiosa, higiene u información escolar. Acuérdesse en incluir en el P.E.I. (Plan Individual Educacional) [en Inglés: Individualized Educational Plan o I.E.P.] cualesquiera preocupaciones y necesidades médicas, desarrollales, educacionales. Para asegurarse de que su hijo/a tiene acceso a programas escolares, sus necesidades deben de ser especificadas.
- IV. **Información Ancilaria: (Hospital preferido, directivas avanzadas, poder notarial y guardianes):** Si su hijo/a tiene algunos de estos documentos, avísele a cualquier persona que le provea cuidado a su hijo/a. Los documentos deben de ser fáciles de localizar en caso de una emergencia.

V. Información Escolar

VI. Historia Familiar: La historia familiar de su hijo/a le provee información valiosa a los proveedores médicos. Complete cada sección para el padre de su hijo/a, la madre, los hermanos, y ambos grupos de abuelos.

VII. Tabla de Peso Mensual

VIII. Entrada 1 Estado Normal Original: La Entrada 1 es usada para supervisar el estado de salud de su hijo/a a través del tiempo – Vea la sección del calendario. Documente el estado normal de su hijo/a para que los proveedores de cuidado lo usen para evaluar la condición de su hijo/a. Proveedores de cuidado de salud encuentran esta información muy valiosa y cualquier cambio en el estado normal de salud debería de ser parte de la historia médica de su hijo/a. Es importante ponerle fecha a este documento.

IX. Registro de alergias e inmunizaciones: Es importante mantenerlos en el documento permanente de su hijo/a. Haga a su médico firmar el documento y úselo para la escuela, hospitales, y proveedores de cuidado especial.

X. Especialistas Médicos: Liste todos los proveedores de cuidado especial. Esto es información valiosa para hospitales, médicos primarios, otros cuidados especiales, y revisiones de seguro.

XI. Registro de comportamiento/ataques: Use si es necesario. Si no aplica a su hijo/a, adáptelo para incluir solamente la información vital de su hijo/a. Por ejemplo, un diabético podría usar esta información para documentar su dieta y el azúcar en la sangre.

XII. Registro de Problemas/Tratamiento/Historia: Documente cada enfermedad, golpe, procedimiento, hospitalización, y visita médicas. Algunos niños tienen vagones llenos de documentos médicos que a veces toman tiempo de revisar. Este registro provee un resumen breve y preciso del historial médico de su hijo/a. También ayuda para esas ocasiones en que información detallada es requerida.

Por ejemplo si su hijo/a tuvo un MRI en 12 Abril 2005, quizás el neurólogo, médico primario, hospital, o neurocirujano no recibió los resultados. Ahora pueden localizarlos rápidamente usando la data proveída en por la fecha y la hora escrita en el calendario e historial. En la columna de los resultados/conclusiones usted puede apuntar lo que fue reportado. Por ejemplo, si el neurocirujano le aviso que no hubo cambios en el estado de su hijo/a.

XIII. Registro de Medicamentos: Este registro es muy importante y útil. Mantenga este formulario al día y correcto. Los proveedores médicos necesitan saber que medicinas, con o sin recetas, está recibiendo su hijo/a. Puede usar un marcador para marcar que medicinas fueron discontinuadas.

C) Registros y Entradas

1) Registros de Suministros, Gastos y Comunicaciones

Estos registros están diseñados para estar al tanto de equipo, artículos desechables, y cualquier gasto extra que sea para ayudar a su hijo/a. Los registros pueden ser útiles para reordenar artículos, mantener al día documentos pediátricos, obtener autorización de seguros médicos, trasladarse de un proveedor médico a otro, e información sobre impuestos. Ejemplos de gastos extras incluyen pero no están limitados a artículos desechables que no son pagados por seguro médico (por ejemplo, pañales, medicamentos sin recetas), y millaje de ida y vuelta a citas médicas. **NOTA** — Usted debe mantener todos los recibos de artículos desgravables.

2) ENTRADAS 1–4

* ENTRADA 1:

Use la Entrada 1 para evaluar a su hijo/a todas las mañanas. Si no hay cambios simplemente ponga una maraca en el espacio proveído en el calendario. Si hay cambios prosiga a la Entrada 2. Mantenga este formulario al día apuntando los cambios en el estado normal de su hijo/a. La Entrada 1 cerca del mes actual para que se acuerde de revisar el estado de salud de su hijo/a y marque el calendario.

* ENTRADA 2:

La Entrada 2 es una evaluación detallada. Use la Entrada 2 como una guía cuando este evaluando a su hijo/a. Apunte todos los cambios en el Calendario, en ese día, y continúe a evaluar a su hijo de cerca. Si usted nota que los síntomas aumentan, cambian o esta preocupado/a prosiga a la Entrada 3.

* ENTRADA 3:

La Entradas 3 es un formulario. Complete la Entrada 3 contestando todas las preguntas antes de llamar a su médico. La Entrada 3 es una guía que lo ayuda a dejar un mensaje detallado para que pueda comunicarse eficazmente con él médico de su hijo/a. Guarde este formulario detrás del mes de la ocurrencia para poder incluirlo en el historial médico de su hijo/a.

* ENTRADA 4:

Después de llamar a 911 y su hijo/a esta seguro/a complete la Entrada 4. Guarde este formulario detrás del mes de la ocurrencia, así tiene documentos los eventos en el historial médico de su hijo/a.

D) Información Importante de Agencias

Información importante de:

- * Recursos Comunidades de Condado de Alameda [*Alameda County Community Resources*]
- * El Programa de los Servios de los Niños de California (CCS) [*California Children Services - CCS*]
- * Perspectiva general de los servicios de salud * Red de Recursos para la Familia (FRN) [*Family Resource Network - FRN*] * Servicios de Salud Oral/Dental * Educación Especial * Transporte
- * Centro Regional del East Bay (RCEB) [*Regional Center of the East Bay - RCEB*] * Sección 504 de la Ley de Rehabilitación [*Section 504 of the Rehabilitation Act*] * Programa de Intervención Temprana [*Early Start*]

E) Calendario y Directorio Telefónico

1) Calendario Mensual

Se usa para ayudarlo a acordarse de citas, fechas importantes, y otros eventos que ocurran en la vida de su familia. También es un buen lugar para apuntar los días que su hijo/a ha estado ausente de la escuela, el millaje usado, y días en el hospital, o también puede ser incluido como parte del documento médico permanente.

2) Directorio Telefónico

F) Apéndice

El Apéndice incluye información que ayudará a los padres con niños con necesidades especiales:

- a) comunicarse mas efectivamente con proveedores de cuidado de salud entendiendo la terminología y las medicas
- b) reconocer los recursos que existen en la comunidad
- c) tener un lugar en donde guardar documentos útiles y
- d) tener una idea de servicios y expectativas cuando es ingresado a un hospital.

Lo siguiente se encuentra en el apéndice:

* **Formulario de información de emergencia para niños con necesidades especiales**

La academia Americana de Pediatría desarrolló este formulario para que fuese completado con asistencia del médico primario de su hijo/a. Asegúrese de que su médico firma este documento. Es especialmente importante para visitas a salas de emergencias y con paramédicos, al igual que otros proveedores de cuidado de salud.

* **Tarjeta Inteligente / Smart Card**

Esta tarjeta es una tarjeta con información médica breve que incluye cuidado primario de un médico, diagnosis, alergias, medicamentos, e información de seguros. Complete ambos lados de la tarjeta. Este documento es un retrato de su hijo con información importante que es necesitada en su ausencia o en caso de emergencia. Puede ser entregada a escuelas, niñeras, cuidado de día, familiares, o a cualquiera que se quede con su hijo/a.

* **Consejos para prepararse a ver un médico**

* **Glosario de Términos médicos mas comunes**

* **Tabla de Abreviación y Términos de Médicos**

* **Dosis Métricas y Equivalentes Apotecarios**

* **Información de seguro médico**

Información para reordenar

Family Resource Network
5232 Claremont Avenue
Oakland, CA 94618
(510) 547-7322

o email:
info@frnoakland.org

Retrato de mi Hijo/a



- I. Información Personal**
- II. Equipo, Suministros y Servicios**
- III. Estado Actual de Información Sensorial y Habilidad**
- IV. Información Ancilaria**
- V. Información Escolar**
- VI. Historia Familiar**
- VII. Tabla de Peso Mensual**
- VIII. Entrada 1 Estado Original**
- IX. Registro de Inmunización y Alergia**
- X. Los Especialistas Médicos de mi Hijo/a**
- XI. Registro de Ataques/Comportamiento**
- XII. Registro de Problema/Tratamiento/Historia**
- XIII. Registro de Medicación**

Retrato de mi Hijo/a

Evaluación del Estado de Salud del Niño y Documento Médico Portátil



I. Información Personal

Nombre de mi hijo/a:		Apodo:		
Fecha de nacimiento:		Seguro Social #:		
Idioma principal hablado en hogar:		Fecha en que el formulario fue completado:		
Niño/a vive con: <input type="checkbox"/> Familia Biológica <input type="checkbox"/> Familia Extendida <input type="checkbox"/> Familia Adoptiva <input type="checkbox"/> Familia de Acogida <input type="checkbox"/> Hogar colectivo				
Dirección Principal:				
Ciudad		Estado		Código
Proveedores de cuidado de familia Contactos de Emergencia:				
Nombre/Relación	Hogar #	Trabajo#	Celular #	Compaginador #
Proveedor de cuidado primario (Nombre del pediatra, dirección, teléfono, otros números):				
Diagnosís Primaria y Secundaria:				
Alertas Medicas:				
Historia reciente de hospitalización				
Fecha	Razón	Hospital	Médico	

Retrato de mi Hijo/a Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

Información de Seguro:		
Nombre, Seguro Social, y Empresario del Asegurado:	Dirección de asegurado si es diferente la del niño/a:	
Seguro Médico Primario / compañía:		
Dirección Postal:	Numero de Póliza:	
	Numero Telefónico:	
Seguro Médico Secundario / compañía:		
Dirección Postal:	Numero de Póliza:	
	Numero Telefónico:	
Otro Seguro Médico / compañía:		
Dirección Postal:	Numero de Póliza:	
	Numero Telefónico:	
		
Servicios de la comunidad usados:		
Servicios	Persona de Contacto:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> WIC		
<input type="checkbox"/> RCEB		
<input type="checkbox"/> CCS		
<input type="checkbox"/> MH		
<input type="checkbox"/> Cuidado Acogido		
<input type="checkbox"/> Family Resource Network (FRN)		(510) 547-7322
<input type="checkbox"/> Servicios de Descanso		
<input type="checkbox"/> Servicios de Enfermería		
<input type="checkbox"/> CPS		
<input type="checkbox"/> Servicios Escolares		
<input type="checkbox"/> Otro:		

Retrato de mi Hijo/a

Nombre/Fecha de Nacimiento: _____



II. Equipo, Suministros y Servicios

Terapias y Servicios Relacionados: No aplica a mi hijo/a

Terapia	Frecuencia	Proveedor	Teléfono	Fecha de comienzo
Física				
Ocupacional				
Habla				
Otro				

Medication / Equipment / Supplies Contacts: No aplica a mi hijo/a



Tipo	Proveedor	Dirección	Teléfono	Fecha de comienzo
Farmacia				
Farmacia				
Medicamentos Respiratorios				
Suministros Respiratorio				
Nutricional / Enteral				

Equipo Durable Médico (EDM): No aplica a mi hijo/a

Movilidad				
Orto/AFOs				
Respiratoria				
Asistentes de posición				
Silla de Ruedas				
Rehabilitación				
Tech Asistivo				

Retrato de mi Hijo/a Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

III. Estado Actual de Información Sensorial y Habilidad



Visión:

Ultimo día examinado: _____ Por quien: _____ Donde: _____

Resultados conocidos: _____

Espejuelos
 Lentes de Contacto
 Prótesis
 Otro

Oído:

Ultimo día examinado: _____ Por quien: _____ Donde: _____

Tipo de examen/Resultados: _____

Tipo de examen/Resultados: _____

Usa aparato de ayuda
 Oído derecho
 Oído izquierdo
 Ambos

Movilidad/Ortodoncia:

<input type="checkbox"/> Aparato corrector:	Tipo _____	Ortodoncistaist _____	Proveído por _____
<input type="checkbox"/> Silla de rueda:	Tipo _____	Ortodoncistaist _____	Provided by _____
	Medidos por _____		Último día medido _____
<input type="checkbox"/> Andador:	Tipo _____	Ortodoncistaist _____	Proveído por _____
<input type="checkbox"/> Funda:	Tipo _____	Ortodoncistaist _____	Proveído por _____



Comunicación:

Computadora
 Lectura de labios
 Consejo Comunicación
 Servicios de interprete
 Lenguaje por señas (ASL)
 Libro de comunicación
 ~ Lenguaje por señas (ingles)
 Otro: _____

Desarrollo de proyección:

¿A que nivel de edad esta funcionado su hijo/a? Cognitiva: _____ Destrezas Motoras: _____

Ultimo día examinado: _____ Por quien: _____ Donde: _____

Ambulación:

Camina independiente
 Camina con asistencia
 Camina con andador
 No-ambulatorio
 Usa silla de rueda con asistencia Manual
 Motorizada
 Usa silla de rueda sin asistencia Manual
 Motorizada



Direcciones de traslado:

Independiente
 Con asistencia
 Equipment type _____
 Traspaso de eje
 Ascensor de 1 o 2 persona
 Otro: _____

Retrato de mi Hijo/a

Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

Alimentación:



- Dieta regular Sin asistencia Platos o utensilios especiales: _____
- Dieta suave Asistencia parcial _____
- Puré Asistencia completa _____
- Comida de picar Bomba de alimentación _____

Instrucciones de la dieta especial: No aplica a mi hijo/a

Tipo	Ruta	Cantidad/Interario	Fecha de comienzo
<i>Ejemplo: Pediasure con Fibras</i>	<i>MIK-KEY</i>	<i>240cc bolos 4x diario y 30cc desde 9PM-6AM para un total de 4-5 latas diarias</i>	<i>01/01/05</i>

Comentarios:

Higiene:



- Sin asistencia Asistencia parcial
- Asistencia completa Silla o equipo de baño

Inodoro:

- No usa pañales Sin asistencia
- Pañales por la noche Asistencia parcial
- Dependiente de pañales Asistencia completa

- Programa de cateterización intermitente

Frecuencia	Técnica
<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Necesita asistencia

- Programa de manejo del intestino



IV. Información Ancilaria

Hospital / Información Legal:

Hospital usado típicamente para admisión CCS: _____ Admisión no-CCS: _____

Directivas avanzada: NO Sí, en donde: _____

Medical Power of Attorney: NO Sí, en donde: _____

Guardianship: NO Sí, Quien (nombre): _____

Raza étnica del Niño/a: Marque todos los que apliquen

- Africana Americana Indio Americana Asiática Hispana
- Isleña Pacífica Blanca no-hispana Otra: _____

Preferencia Religiosa:



V. Información Escolar

La Educación de mi Hijo/a:

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Nombre del Maestro: _____

Enfermera: _____

Asistente especial: _____

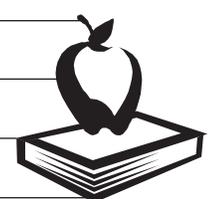
Grado/Nivel: _____ Tipo de Clase: _____

Servicios Especiales: _____ Transporte: _____

Fecha de IEP / IFSP: _____

Goles/Objetivos: _____

Preocupaciones Escolares:



Retrato de mi Hijo/a

Nombre/Fecha de Nacimiento: _____



VI. Historia Familiar

Fecha completada: _____

Favor de completar la siguiente tabla marcando el cuadrado apropiado incluyendo a los abuelos del niño.

Historia Familiar:				<input type="checkbox"/> No es conocida						
Padre	Madre	Hermano /a 1	Hermano /a 2	Hermano /a 3	Hermano /a 4	Hermano /a 5	Abuela 1	Abuelo 1	Abuela 2	Abuelo 2
Edad										
Edad a la muerte y causa										
Estado de Salud: E = Excelente / B = Bueno / J = Justo/ P = Pobre										
¿Artritis? ✓ = Sí										
¿Cáncer? ✓ = Sí										
¿Diabetes? ✓ = Sí										
¿Condición Cardíaca? ✓ = Sí										
¿Enfermedad del pulmón? ✓ = Sí										
¿Derrame? ✓ = Sí										
¿Fumador? ✓ = Sí										
¿Enfermedad mental? ✓ = Sí										
Otro? (Nombre de condición)										



VII. Tabla de Peso Mensual

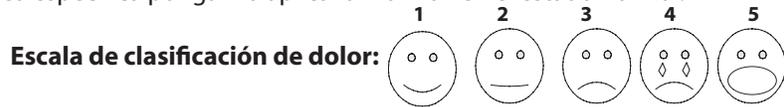
Fecha / Año	Peso en Lbs.	Cambio + / -	Fecha/Año	Peso en Lbs.	Cambio + / -
ENE.			JULIO		
FEB.			AGO.		
MAR.			SEPT.		
ABRIL			OCT.		
MAYO			NOV.		
JUN.			DIC.		

Retrato de mi Hijo/a Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

VIII. ENTRADA 1: Estado Original

Fecha completada: _____

El retrato del niño es su documento medico portátil. Apunte el estado original de su hijo/a de la Entrada 1 aquí. De esta manera va a tener documentación de los cambios en el estado de su hijo/a por un año. Hemos incluido una escala de dolor al final de esta página para ayudarlo a comunicarle a su medico el dolor de su hijo/a. Si su hijo/a no tiene necesidades especiales en una area especifica ponga "no aplica" o "normal" en el estado normal.



	Áreas para revisar:	El estado normal de mi hijo/a es:
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Circulatorio • Ojos • Piel 	Temperatura de la piel	
	Color de la piel	
	Sarpullido	
	Drenaje	
	Ritmo Cardíaco	
	Nariz	
	Ojos	
	Oídos	
Neurológico	Fontanelas	
	Ataques	
	Destrezas Verbales	
	Nivel de Actividad	
Respiratorio	Respiración	
	Dependiente de Ventilación/ Traqueotomía / C-Pap	
	Oxígeno	
Musculoeskeletal	Destrezas Motoras	
	Extremidades superiores	
	Extremidades inferiores	
<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal • Urinario 	Heces	
	Orine	
	Alimentación/ Apetito	
	Lugares de Otomía	
Comportamiento	Comportamiento/Actitud	
	Habitos de Sueños	
Misceláneo	Temperatura	
	Azúcare Sanguínea	
	Otro	





Retrato de mi Hijo/a

Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

Firma del médico: _____

IX. Registro de Inmunización y Alergia

Imunización:	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Reacción alguna	Médico
Difteria-Tétano (DT)						
Difteria-Pertussis-Tétano (DPT)						
Tétano						
Polio (OPVIPV)						
Sarampión-Paperas-Rubéola (MMR)						
Sarampión-Rubéola (MR)						
Paperas						
Rubéola (Sarampión de 3 días)						
Hemofilia Influenza (HIB)						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicela						
Rota virus						
Pneumovocal (Pneumovac)						
Pneumococal Conjugada						
Influenza						

Registro de exámenes de la piel:			
Examen	Fecha	Resultado	Proveedor
Examen de recién nacido			
Tuberculosis (TB)			

XII. Registro de Problema / Tratamiento / Historia



Problema / Tratamiento / Historia:
 Mantenga un registro de la historia medica de su hijo/a. El historial de su hijo/a es importante para cualquier persona que le provee servicios a su hijo/a. Mantenga data exacta y precisa sobre todas las enfermedades, golpes, procedimientos, hospitalizaciones, y visitas a la oficina. Obtenga esta información de su Calendario mensual y las Entradas 2-4.

Fecha	Problema = Enfermedad, golpe, procedimiento (rayos-x/laboratorios), Hospitalización (Paciente externo o Sala de Emergencia), o Visita a la oficina (dental, médica, especialidad)	Médico que atiende	Lugar	Resultados

Retrato de mi Hijo/a Nombre/Fecha de Nacimiento: _____



XIII. Registro de Medicación

Medicación / Tratamiento:

Apunte cualquier medicación o tratamiento que su proveedor de cuidado de salud a prescrito y cualquier medicamento sin receta que usa su hijo/a. Apunte las fechas de comienzo y terminación. Provea información exacta que ayudara a los proveedores de cuidado de salud con los servicios que dan para su hijo/a.

Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación	Medicación / Dosis / Frecuencia / Ruta de Administración (como y adonde daría)	Prescrita por	Numero de Receta	Farmacia y Teléfono

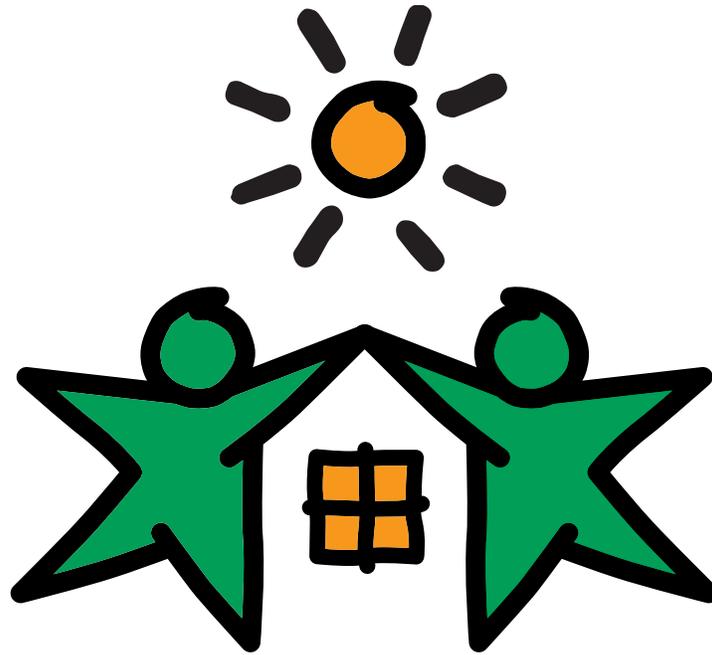
Retrato de mi Hijo/a Nombre/Fecha de Nacimiento: _____

XIII. Registro de Medicación



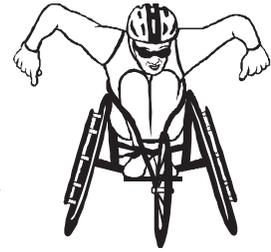
Medicación / Tratamiento:					
Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación	Medicación / Dosis / Frecuencia / Ruta de Administración (como y adonde daría)	Preescrita por	Numero de Receta	Farmacia y Teléfono

Registros y Entradas



- * Registro de Equipo Médico Duradero
- * Registro Mensual de Suministros Consumidos
- * Registro de Gastos
- * Registro de Comunicación
- * ENTRADA 1: Un retrato de su hijo/a cuando en condición estable.
- * ENTRADA 2: Si usted identifica una o mas conclusiones anormales durante su evaluación diaria.
- * ENTRADA 3: Estoy preocupada/o por mi hijo/a y voy a llamar a su médico.
- * ENTRADA 4: Mi hijo/a tuvo un episodio de emergencia. Tuve que llamar a 911.

Registro de Equipo Médico Duradero



Nombre del Niño/a: _____

Este es el registro de todo equipo comprado, regalado o alquilado para su hijo/a.
Ejemplos: silla de baño, silla de rueda, bola de terapia.
Incluye cualquier equipo que no sea desechable.

Numero de Serie y Manufactura	Tipo de Equipo y Descripción	Proveedor y Teléfono

Registro Mensual de Suministros Consumidos



Nombre del Niño/a:	Teléfono:	
Dirección:	Médico:	
Compañía de Seguro responsable por los suministros:		
Póliza #:	Autorización #:	
Teléfono de Seguro:	Contacto de Seguro:	
Proveedor:	Teléfono:	Contacto:

Suministros consumidos mensualmente son aquellos suministros desechables que necesita re-ordenar mensualmente. Por ejemplo: Catéter, bolsas de alimentación, fórmula, salitre, gases, jeringuillas, etc... **Use una página separada para cada proveedor.**

Descripción	Cantidad	Manufactura	Número de Pedido

Firma de Médico _____ Fecha: _____

Registro Mensual de Suministros Consumidos

REGISTRO DE SUMINISTROS CONSUMIDOS

Descripción	Cantidad	Manufactura	Número de Pedido

Registro de Gastos

Use este registro para anotar todos los gastos incurridos que no estan cubiertos por el seguro. Asegúrese de que tiene todos los recibos para el propósito de impuestos.



Fecha	Descripción de Artículo / #	Costo	Fecha	Descripción de Artículo / #	Costo

Registro de Comunicación

Use el siguiente registro para cualquier comunicación que quiera documentar. Esto lo/a ayudará a comunicarse efectivamente. Manteniendo este registro también lo/a ayudará a documentar información más precisa. Ejemplo: En esta fecha a este tiempo Jane dijo esto... Use este registro para documentar comunicación personal o telefónica.



Fecha/ Hora	Mensaje / Preocupación / Razón por llamar o hablar	Tiempo para devolver la llamada / Quien o que se dijo	Resultado / Seguimiento si es necesitado

Registro de Comunicación

REGISTRO DE COMUNICACIÓN

Fecha/ Hora	Mensaje / Preocupación / Razón por llamar o hablar	Tiempo para devolver la llamada / Quien o que se dijo	Resultado / Seguimiento si es necesitado

ENTRADA 1: Un retrato de su hijo/a cuando en condición estable.

Nombre del Niño/a: _____

Fecha que el formulario fue completado o actualizado: _____

La Entrada 1 es un retrato de su hijo/a cuando se encuentra en condición estable. Complete este formulario con lápiz y describa el estado normal de hijo/a. Todos los días use la Entrada 1 para evaluar a su hijo usando las normas descritas abajo. Si no hay cambios simplemente coloque una marca en la Entrada 1 localizada en cada día de su calendario para indicar la evaluación de su hijo/a. Si nota 1 o más cambios, prosiga al Entrada 2. Coloque una marca en la Entrada 2 y apunte todos los cambios de ese día en el calendario y describa los cambios. Periódicamente repase la Entrada 1 para ver si el estado normal de su hijo/a a cambiado. Actualice la Entrada 1 cuando sea necesaria.

	Áreas para revisar:	El estado normal de mi hijo/a es:
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Circulatorio • Ojos • Piel 	Temperatura de la piel	
	Color de la piel	
	Sarpullido	
	Drenaje	
	Ritmo Cardíaco	
	Nariz	
	Ojos	
Neurológico	Oídos	
	Fontanelas	
	Ataques	
	Destrezas Verbales	
Respiratorio	Nivel de Actividad	
	Respiración	
	Dependiente de Ventilación/ Traqueotomía / C-Pap	
Musculoeskeletal	Oxígeno	
	Destrezas Motoras	
	Extremidades superiores	
<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal • Urinario 	Extremidades inferiores	
	Heces	
	Orine	
	Alimentación/ Apetito	
Comportamiento	Lugares de Otomía	
	Comportamiento/Actitud	
Misceláneo	Habitos de Sueños	
	Temperatura	
	Azúcare Sanguínea	
	Otro	

ENTRADA 3: Estoy preocupada/o por mi hijo/a y voy a llamar a su médico.

ENTRADA 3 = Estoy preocupada/o por mi hijo/a y voy a llamar a su médico y avisarle todos los cambios o síntomas que son diferentes al estado de salud normal de mi hijo/a. Complete este formulario antes de llamar y use como guía.

NOTA: cuando esté dejando un mensaje, manténgase en el teléfono hasta que reciba información sobre como marcar su llamada con prioridad, si es necesario. Llamadas de prioridad usualmente son devueltas en 2 horas. Si no recibe la llamada en dos horas favor de llamar otra vez. Si esta llamada no es una prioridad y puede esperar hasta 4 o más dependiendo del número de llamadas no la marque con prioridad.

Fecha:	Llamada (hora):	Llamada devuelta (hora):	Por (Nombre):	Llamada acabó (Tiempo):
Nombre del paciente:		Nombre del llamador /Relación:		
<input type="checkbox"/> Identifique paciente con necesidades especiales	Fecha de Nacimiento:	Peso:	Alergias del paciente:	
Medicinas recientes:		Tipo de Seguro Médico:		
Nombre de farmacia/ Teléfono:		Médico principal:		
Queja principal:		Problemas Crónicos:		

Síntomas: Circule cualquier área que haya causado preocupación o un cambio sistemático en el estado normal del paciente y escriba los detalles del cambio abajo.

Cardiovascular /Circulación Ojos/ Piel	Neurológico	Respiratorio	Musculoeskeletal
1-Cambios en color de la piel 2-Cambios en temp de la piel 3-Sarpullido (describa, donde) 4-Golpe (donde) 5-Drenaje (color, cantidad, donde) 6-Hinchazón (donde) 7-Cambio en latidos de corazón 8-Periféricos o línea central 9-Dolor, sangre, o herida 10-Herida o cirugía vieja	1-Cambio en fontanales 2-Dolor de cabeza persistente 3-Confusión mental/ Arrastro de habla 4- Visión Borrosa 5-Cambio de tamaño en pupilas 6-Dificultad tragando 7-Aletargado 8-Ataques o aumento en ataques 9-Aumento en babeo, ahogo, o mordaza 10-Síntomas de fallos de desvío 11-Perdida de conciencia	1-Dificultad respirando 2-Resuello audible 3-Apoyarse para ayudar respirar 4-Cambio en color de la piel 5-Retracciones en el estomago 6-Aumento en tos 7-Reducción en flujo máximo 8-Aumento en uso de medicinas 9-Aumento en secreciones 10-Cambio en el color de secreciones 11-Aumento en uso de oxígeno 12-Dependiente en ventilación	1-No puede mover extremidad 2-Cambio en apariencia de extremidad (color, forma, tamaño) 3-Cambio en sensación de extremidad 4-Aumento en dolor de extremidad 5- Calambre en extremidad 6-Reducción en movimiento de extremidad
Gastrointestinal/ Urinario	Conducta		Misceláneo
1-Residuo de la ultima alimentación 2-Nausea, dolor o Vomito (color, cantidad) 3-Aumento o reducción en heces (color, consistencia, dolor) 4- Aumento o reducción in orine (color, olor, apariencia, dolor) 5-Sangre (donde) 6-Abdomen hinchado (duro, más grande que lo usual) 7-Alimentación enteral, G-tubo, botón Mic-key 8-Ojos hundidos, lagrimas secas, boca seca (deshidratación) 9-Cualquier lugar de ostomía	1-Cambios en conducta (escuela /comunidad /hogar) 2-Aumento en conducta agresiva 3-Irritabilidad o llorar sin razón 4-Pauta de dormir		1-Azucar Sanguíneas 2-Temperatura elevada por mas de 24 horas

Comentarios o descripciones detalladas de síntomas:

¿Por cuánto tiempo a tenido su hijo/a estos síntomas?

¿ Si es un cambio repentino, que estaba haciendo su hijo antes de que los síntomas ocurrieran?

¿Qué está haciendo su hijo/a ahora/ Cómo se ve su hijo/a ahora?

¿Hizo algo para aliviar los síntomas?

¿Cuál es su intuición (Padre o cuidador) sobre los cambios en síntomas?

Plan/consejo dado por la enfermera o médico:

Vea inmediatamente: Ver en la oficina hoy Vaya a la sala de emergencia Llame a 911 inmediatamente
 Ver mañana en la oficina Instrucciones de cuidado de seguimiento:

¿Como padre/cuidador se siente cómodo con estas instrucciones? SÍ NO - Explique no:

ENTRADA 4: Mi hijo/a tuvo un episodio de emergencia. Tuve que llamar a 911.

ENTRADA 4 = Mi hijo/a tuvo un episodio de emergencia. Tuve que llamar a 911. Estoy usando este formulario para documentar el evento después de llamar a 911, después que las cosas se calmen, y cuando yo tenga la oportunidad.

Fecha:	Llamada (hora):	Llamada devuelta (hora):	Por (Nombre):	Llamada acabó (Tiempo):
Nombre del paciente:		Nombre del llamador /Relación:		
<input type="checkbox"/> Identifique paciente con necesidades especiales	Fecha de Nacimiento:	Peso:	Alergias del paciente:	
Medicinas recientes:		Tipo de Seguro Médico:		
Nombre de farmacia/ Teléfono:		Médico principal:		
Queja principal:		Problemas Crónicos:		

Síntomas: Circule cualquier área que haya causado preocupación o un cambio sistemático en el estado normal del paciente y escriba los detalles del cambio abajo.

Cardiovascular /Circulación Ojos/ Piel	Neurológico	Respiratorio	Musculoeskeletal
1-Cambios en color de la piel 2-Cambios en temp de la piel 3-Sarpullido (describa, donde) 4-Golpe (donde) 5-Drenaje (color, cantidad, donde) 6-Hinchazón (donde) 7-Cambio en latidos de corazón 8-Periféricos o línea central 9-Dolor, sangre, o herida 10-Herida o cirugía vieja	1-Cambio en fontanales 2-Dolor de cabeza persistente 3-Confusión mental/ Arrastro de habla 4- Visión Borrosa 5-Cambio de tamaño en pupilas 6-Dificultad tragando 7-Aletargado 8-Ataques o aumento en ataques 9-Aumento en babeo, ahogo, o mordaza 10-Síntomas de fallos de desvío 11-Perdida de conciencia	1-Dificultad respirando 2-Resuello audible 3-Apoyarse para ayudar respirar 4-Cambio en color de la piel 5-Retracciones en el estomago 6-Aumento en tos 7-Reducción en flujo máximo 8-Aumento en uso de medicinas 9-Aumento en secreciones 10-Cambio en el color de secreciones 11-Aumento en uso de oxígeno 12-Dependiente en ventilación	1-No puede mover extremidad 2-Cambio en apariencia de extremidad (color, forma, tamaño) 3-Cambio en sensación de extremidad 4-Aumento en dolor de extremidad 5- Calambre en extremidad 6-Reducción en movimiento de extremidad
Gastrointestinal/ Urinario	Conducta		Misceláneo
1-Residuo de la ultima alimentación 2-Nausea, dolor o Vomito (color, cantidad) 3-Aumento o reducción en heces (color, consistencia, dolor) 4- Aumento o reducción in orine (color, olor, apariencia, dolor) 5-Sangre (donde) 6-Abdomen hinchado (duro, más grande que lo usual) 7-Alimentación enteral, G-tubo, botón Mic-key 8-Ojos hundidos, lagrimas secas, boca seca (deshidratación) 9-Cualquier lugar de ostomía	1-Cambios en conducta (escuela /comunidad /hogar) 2-Aumento en conducta agresiva 3-Irritabilidad o llorar sin razón 4-Pauta de dormir		1-Azucar Sangüíneas 2-Temperatura elevada por mas de 24 horas

Comentarios o descripciones detalladas de síntomas:

¿Por cuánto tiempo a tenido su hijo/a estos síntomas?

¿ Si es un cambio repentino, que estaba haciendo su hijo antes de que los síntomas ocurrieran?

¿Qué está haciendo su hijo/a ahora/ Cómo se ve su hijo/a ahora?

¿Hizo algo para aliviar los síntomas?

¿Cuál es su intuición (Padre o cuidador) sobre los cambios en síntomas?

Plan/consejo dado por la enfermera o médico:

Vea inmediatamente: Ver en la oficina hoy Vaya a la sala de emergencia Llame a 911 inmediatamente
 Ver mañana en la oficina Instrucciones de cuidado de seguimiento:

¿Como padre/cuidador se siente cómodo con estas instrucciones? SÍ NO - Explique no:

Información Importante de Agencias



- * Recursos del Condado de Alameda
Alameda County Community Resources
- * Servicios para Niños de California (CCS)
California Children Services (CCS)
- * Perspectiva general de los servicios de salud
- * Red de Recursos para la Familia (FRN)
Family Resource Network (FRN)
- * Servicios de Salud Oral/Dental
- * Educación Especial
- * Transporte
- * Centro Regional del East Bay (RCEB)
Regional Center of the East Bay (RCEB)
- * Sección 504 de la Ley de Rehabilitación
Section 504 of the Rehabilitation Act
- * Programa de Intervención Temprana
Early Start

Alameda County Community Resources



Every child deserves
a medical home.

California Children Services (CCS) 510 208-5970

Child Care Referrals
 North County 510 658-1409
 Mid County 510 582-2189
 Tri Valley 925 417-8733

Child Health & Disability Prevention (CHDP)
 Berkeley 510 618-2070
 Berkeley 510 981-5308

Dental Care (Denti-Cal) 800 322-6384
 Ayuda con la solicitud 800 422-9495

Family Crisis
 Parental Stress Services 800 829-3777
 Family Violence Law Center 510 208-0255

Family Resource Network (FRN) 510 547-7322

Head Start
 Alameda 510 865-4500
 Berkeley 510 848-9092
 Oakland 510 238-3165
 South County 510 796-9512
 Tri-Valley 925 443-3434

Healthy Families Program
 sin cargo 888 747-1222
 510 639-1000

Medi-Cal
 sin cargo 888 747-1222
 510 639-1000

Mental Health / Drug & Alcohol Abuse Alameda Co. Behavioral ACCESS 800 491-9099

Newborn Hearing Screening Program (NHSP) sin cargo 877 388-5301

Public Health Resources
 Alameda Co. Clearinghouse 888 604-4636
 Berkeley 510 981-5300

Regional Center of the East Bay (RCEB)
 Early Start 510 383-1200
 510 383-1355

Special Education
 Local Plan Area (SELPA)
 Alameda/Albany/Berkeley/ Emeryville/Piedmont 510 337-2352
 Oakland 510 879-8223
 Castro Valley/Hayward/San Leandro/San Lorenzo 510 537-3000
 New Haven/Newark/Fremont 510 659-2569
 Dublin/Livermore/Sunol Glen/Mountain House Elem./Pleasanton 925 426-9144

Supplemental Security Income (SSI) 800 772-1213

Women, Infants, and Children (WIC) 510 595-6400
 Supplemental Food Program
 sin cargo 888 942-9675
 Berkeley 510 981-5360



Every Child Counts/First 5 Alameda County
 generously funded updates. Alameda Alliance
 for Health generously funded printing.

Alameda County Medical Home Project: Phone/Fax (510) 540-8293
 Reprints: Alameda Alliance for Health (510) 747-4577
 ACMHP_CR_S0505.pdf

Servicios para Niños de California (CCS) California Children Services (CCS)



¿Que es el CCS?

El CCS es un programa el cual atiende niños con ciertas limitaciones físicas y enfermedades. El programa es pagado por los contribuyentes de impuestos de California y ofrece cuidado medico a niños cuales familias no pueden pagar todo o parte del cuidado.

¿Quien califica para el CCS?

El programa esta abierto para cualquiera que:

- (1) es menor de 21 años de edad;
- (2) tiene una limitación fisica or enfermedad que es cubierta por el CCS;
- (3) es un residente permanente de California; y
- (4) tiene un ingreso familiar de menos de \$40,000 reportado come Ingreso Bruto, ajustado por el Estado en la forma de ingresos; o quien cuyos gastos medicos fuera de su bolsa para el niño que califica es esperado que sea mas del 20 por ciento del ingreso de la familia.

No hay limite en su ingreso economico familiar para los servicios del CCS en el programa unidad de terapia medica, el programa para bebes de alto riesgo, niños en el programa de HIV o el programa de diagnostico.

¿Como puede el Niño recibir servicios del CCS?

La agencia del CCS en el condado en el cual el niño vive es el que aprueba los servicios para el niño. Dichos pedidos o referencias, pueden ser hechas por cualquier persona incluyendo la familia, escuela o enfermera de salud publica, el doctor familiar, o un doctor especialista. Es muy importante que las referencia sean hechas al CCS lo mas temporano posible ya que el CCS no paga por ningun cuidado medico que fue rendido antes de la fecha que la referencia fue hecha. Una familia tambien tiene que aplicar para el CCS. Una vez la familia aplica, el CCS decide si el niño satisface los requisitos para el CCS, medicamento y financieramente.

¿Que es esperado del candidato o de la familia?

Para obtener fondos de CCS para la condición elegible lo mas pronto posible, es esencial que:

- (1) **La aplicación sea completa y regresada dentro del tiempo formulado especificado. Sin la aplicación firmada, CCS es incapaz de proceder con el proceso de determinación de la elegibilidad. Autorizaciones para servicios no pueden ser repartidos a menos que elegibilidad sea confirmada.** Esto tambien aplica para niños que tienen Medi-Cal para algunos beneficios los cuales Medi-Cal no cubre. La aplicación comletada tiene que ser recibida antes de 50 dias de la fecha en que la aplicación fue enviada de la primera carta. Si la aplicación no es recibida durante este periodo, el CCS no comenzara a cubrir hasta la fecha en que la aplicación es recibida.
- (2) **Proveerle al CCS con toda la información requerida para que el CCS pueda decidir si la familia califica.** Si toda la información necesitada no es recibida, el caso talvez no sera abierto.

**¿Que es
esperado del
candidato o
de la familia?**

(3) Aplicar para Medi-Cal si el CCS decide de que el ingreso economico de la familia califica para el programa del Medi-Cal. Si la familia califica para el Medi-Cal, el niño tambien es cubierto por el CCS el cual aprueba los servicios, pero el pago es hecho por el Medi-Cal. El CCS talvez pague por servicios que no son cubiertos por el Medi-Cal, y la familia se beneficia de ambos programas. De esta manera, los fondos limitados del CCS son estrechados para cubrir muchos mas niños.

**Notificación
Privada**

La agencia de los Servicios de los Niños de California en el condado en el que usted vive esta preguntando por la información en esta forma. La información pedida por el CCS es requerida excepto donde la forma senala de que usted tiene elección. Si usted no provee la información requerida, la aplicación de su niño estara incompleta y el CCS talvez no podra abrir el caso. El CCS talvez comparta la información en esta forma con el Departamento del Estado de los servicios de la Salud y el condado en el que usted vive. No sera compartido con nadie mas sin una autorización firmada por el padre o guardian legal del niño antes de dar cualquier información.

Usted tiene el derecho de ver su aplicación y las libretas del CCS concerniente a usted y su niño. Si usted desea ver estas libretas, pongase en contacto con la Agencia del CCS de su condado. Por ley, la información que usted da al CCS es guardada por el programa (Sección 428 et seq., de la Salud de California y Código de Seguridad). La ley de California tambien requiere de que las familias aplicando para los servicios se le dara la información de arriba (Sección del Código Civil 1798.17).

**Sus Derechos
de Apelación**

Usted tiene el derecho para apelar las decisiones hechas por CCS, de acuerdo con el Código de California de Regulaciones, Titule 22, Capitulo 13, Sección 42702–42703.

Para la información sobre el proceso de apelación, llame al Condado de Alameda a la oficina de CCS al (510) 208-5970.

(510) 208-5970

Servicios para Niños de California (CCS)

**California Children Services (CCS)
Alameda County Public Health Department
1000 Broadway, Suite 500
Oakland, CA 94607**

sitio Web

<http://www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/ccs>

Perspectiva General de los Servicios de Salud

Health Services Overview



La atención médica regular es importante para el bienestar de los niños y su desarrollo físico. Aquí hay algunos programas que ofrecen atención médica para niños sin costo o a bajo costo.

Medi-Cal	Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP) <i>Child Health and Disability Prevention (CHDP)</i>
<p>Ofrece cobertura global médica, dental y de la vista sin costo* a los niños y las mujeres embarazadas.</p> <p>Elegibilidad: se determina por el tamaño de la familia, las edades de los niños y los ingresos de la familia.</p> <p>Está disponible a los ciudadanos estadounidenses, las personas naturalizadas o inmigrantes a Estados Unidos.</p> <p>*Las familias cuyos ingresos sean mayores que la cantidad límite permitida para recibir Medi-Cal sin costo alguno, tendrán que compartir una parte del costo de acuerdo al ingreso y el tamaño de la familia.</p> <p>(888) 747-1222 Información, sin cargo (510) 639-1000 Información</p>	<p>Ofrece un programa de exámenes preventivos sin costo para bebés, niños y adolescentes. Los problemas de salud que se identifican se remiten a los servicios correspondientes para que se diagnostiquen y se les dé tratamiento.</p> <p>Elegibilidad: Aquéllos que tengan Medi-Cal (del nacimiento a los 21 años), o aquéllos (del nacimiento a los 19 años) que sean parte de familias con ingresos bajos a moderados; hasta el 200% del Nivel federal de pobreza (FPL).</p> <p>(510) 618-2070 CHDP Condado de Alameda (510) 981-5308 CHDP Berkeley</p>
Programa Healthy Families	Plan de Atención Médica Infantil Kaiser Permanente (KP) Cares for Kids
<p>Ofrece cobertura médica, dental y de la vista a bajo costo para niños que no califiquen para participar en Medi-Cal sin costo.</p> <p>Costo: \$4 a \$9 cada mes. Cantidad máxima de \$27 por familia.</p> <p>Elegibilidad: se determina por el tamaño de la familia, las edades de los niños y el ingreso de la familia. Está disponible a los ciudadanos estadounidenses, a los niños naturalizados y a los inmigrantes "calificados" (menores de 19 años).</p> <p>(888) 747-1222 Información, sin cargo (510) 639-1000 Información</p>	<p>Ofrece cobertura de atención médica de bajo costo a los niños sin seguro que no califican para participar en el programa Healthy Families o Medi-Cal sin costo.</p> <p>Está disponible a los niños (menores de 19 años) que vivan dentro del área de servicio de Kaiser Permanente de California.</p> <p>Costo: \$8 a \$15 por niño cada mes.</p> <p>Elegibilidad: se basa en el tamaño y el ingreso de la familia.</p> <p>(800) 255-5053 Información/ Solicitud del paquete de inscripción</p>
Programa Access for Infants and Mothers (AIM) (Acceso para Bebés y Madres)	
<p>Ofrece seguro médico para mujeres embarazadas y sus recién nacidos sin seguro (hasta los 2 años).</p> <p>Elegibilidad: Para calificar, las mujeres deben tener menos de 31 semanas de gestación, ser residentes de California por lo menos durante 6 meses, no calificar para recibir Medi-Cal sin costo, no tener seguro y tener ingresos dentro de las directrices de AIM. También podrían calificar las mujeres con deducibles de maternidad por separado o copagos de más de \$500.</p> <p>Costo: El costo total es de 1.5% del ingreso de la familia desde el embarazo hasta el primer año del bebé.</p> <p>(800) 433-2611 Petición de solicitud (800) 300-1031 Representante para obtener información o ayuda con la solicitud</p>	

<http://www.champ-net.org>

Red de Recursos para la Familia (FRN) Family Resource Network (FRN)



Family Resource Network (Red de Recursos para la Familia, o FRN por sus siglas en inglés) ofrece apoyo entre padres, información y envíos a un especialista para las familias con niños con discapacidades o que tienen necesidades de atención especial (de 0 a 22 años de edad). Todo el personal está compuesto de padres de hijos con necesidades especiales.

Servicios Además de asesoría entre compañeros, FRN:

- * Produce un boletín trimestral que lista las capacitaciones para padres y profesionales, los grupos de apoyo que son para discapacidades específicas así como lingüísticamente adecuados, actividades sociales y recreativas para adolescentes, y otra información útil.
- * Difunde un directorio de recursos nacionales que es gratuito para las familias y se ofrece a los proveedores a una cuota nominal.
- * Patrocina varias capacitaciones y grupos de apoyo en una variedad de temas sobre ser padres de niños con necesidades especiales.
- * Ayuda a los padres a conseguir servicios educativos, de desarrollo, sociales y médicos adecuados a las necesidades del niño en particular.
- * Mantiene una biblioteca que presta libros, una colección de videos y otros materiales educativos.

Eligibilidad ¿Quién es elegible?

Los servicios están disponibles a cualquier padre de un niño con discapacidades o necesidades de atención especial que viva en el Condado de Alameda. No existen requisitos de ingreso y todos los servicios son gratuitos y se ofrecen en inglés y español.

Para comunicarse (510) 547-7322
(510) 658-8354 FAX

Red de Recursos para la Familia (FRN)

Family Resource Network (FRN)
5232 Claremont Avenue (cerca de Telegraph)
Oakland, CA 94618

correo electrónico info@frnoakland.org



Servicios de Salud Oral/Dental

Los **Servicios de Salud Oral** se ofrecen a través de varios programas de California, la Oficina de Salud Oral, el Programa de Salud y Prevención de Discapacidad Infantil (CHDP); Medi-Cal (el programa Denti-Cal); Servicios para los Niños de California (CCS); Healthy Families; y el Centro Regional. Estos programas pueden **proporcionar atención preventiva y tratamiento de trastornos dentales**. Además, existen unos cuantos programas basados en la comunidad que se ofrecen a través de escuelas dentales y organizaciones sin fines de lucro.

Programas y Servicios de Salud Oral/Dental ¿Qué programas y servicios se ofrecen?

CHDP/Denti-Cal

Los niños con necesidades especiales, que son elegibles para participar en Medi-Cal o CHDP, podrían recibir servicios dentales con un proveedor que esté participando en el programa Denti-Cal financiado estatal y federalmente. Los servicios incluyen atención dental preventiva anual con dentistas participantes para los niños que califican para Medi-Cal (de 3 años y mayores).

Para comunicarse (800) 322-6384 **Denti-Cal for families**
 (800) 423-0507 **Denti-Cal for providers**
 (800) 422-9495 **Ayuda con la solicitud**

Servicios para Niños de California (CCS) / California Children Services (CCS)

Los servicios dentales y de ortodoncia se proporcionan si se relacionan con el tratamiento de un trastorno que califique de CCS o si dicho trastorno complicará la atención dental de rutina. Los servicios incluyen servicios preventivos y de restauración y anestesia general cuando se administra en un centro aprobado por CCS.

Para comunicarse (510) 208-5970 **Servicios para Niños de California (CCS)**

Hospital Infantil de Oakland / Children's Hospital Oakland

Ofrece tratamiento para los dientes de leche, atención preventiva y tratamiento bajo anestesia para los niños con necesidades médicas especiales (CSHCN), niños no cooperativos o los que tengan peligros médicos. (Generalmente de 0-12 años)

Para comunicarse (510) 428-3316 **Clínica Dental del Hospital Infantil de Oakland**

Programa Healthy Families / Healthy Families Program

Los niños que se inscriban en Healthy Families pueden recibir servicios dentales de un proveedor que esté participando en uno de los planes dentales de Healthy Families (Access Dental, Delta o Health Net).

Para comunicarse (888) 747-1222 **Programa Healthy Families**

Escuelas dentales

La mayoría de las escuelas dentales no tienen clínicas independientes para niños con necesidades especiales, sino integran a estos niños en las clínicas pediátricas generales o dentales avanzadas. Los servicios por lo general están cubiertos a través de Denti-Cal, terceras partes que pagan o cuotas por los servicios (usualmente a cuotas reducidas).

Para comunicarse

(415) 476-3276

UCSF Pediatric Clinic

505 Parnassus Ave.
San Francisco
Acepta niños de cualquier edad y discapacidad

(415) 929-6550

UOP Pediatric Clinic

2155 Webster St.
San Francisco
Acepta niños (0 hasta los 15 años)

(510) 489-5200

UOP Union City Dental Care Center

1203 J Street
Union City
Acepta niños (7 años y más)

Public Health Clearinghouse (PHC)

Public Health Clearinghouse (PHC) es un servicio del Condado de Alameda el Departamento Salud. Mantiene las referencias de dentistas y médicos que aceptan Medi-Cal. También hay información en opciones diferentes para el alcance de la salud, inclusive dispensarios que ofrecen servicios abajo costo.

Para comunicarse

(888) 604-4636

Referencias para dentistas y dispensarios dentales

Centro Regional del East Bay (RCEB) / *Regional Center of the East Bay (RCEB)*

Los niños que son elegibles para participar en el Centro Regional y no tienen otro acceso a la atención dental podían calificar para que se les financie la atención. Además el Centro Regional podría complementar la atención dental de la familia en los servicios de anestesia general u ortodoncia si la necesidad está relacionada con la discapacidad en el desarrollo.

Para comunicarse

(510) 383-1200

Centro Regional del East Bay (RCEB)



Educación Especial

La educación especial es instrucción individualmente diseñada a cumplir con las necesidades únicas de niños con discapacidades. Les ofrece una "educación pública apropiada y gratuita" [en Inglés: *free and appropriate public education* o **FAPE**] en un "entorno menos restrictivo" [*least restrictive environment* o **LRE**] según lo garantiza la Ley de Educación para Personas con Discapacidades [*Individuals with Disabilities Education Act* o **IDEA**].

Incluidos en la educación especial se encuentran los servicios y apoyos que necesitan los estudiantes cuyas necesidades educativas no pueden cumplirse simplemente con modificaciones al programa regular de instrucción. La educación para los niños con discapacidades incluye las habilidades para la vida independiente además de las actividades académicas.

Los padres o tutores son miembros completos del equipo del Programa de Educación Individualizada (**IEP**). No puede proporcionarse panificación ni provisión de los servicios de educación especial sin la participación (si se desea) o el consentimiento de los padres o tutores.

Servicios ¿Qué servicios se ofrecen?

Servicios del Educación Especial	
Proceso del Programa de Educación Individualizada (IEP)	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de niños con necesidades especiales. • Evaluación y revisiones trienales (cada 3 años) de la evaluación mediante las disciplinas adecuadas para determinar la elegibilidad e identificar los servicios necesarios. • Desarrollo anual (o más frecuentemente según sea necesario) del plan IEP del estudiante. • Evaluación de las metas y la modificación del plan educativo según sea necesario. 	
Servicios relacionados (puede incluir entre otros lo siguiente):	
<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar personal de instrucción (IA) • Educación física adaptada (APE) • Terapia mediante el arte • Tecnología de ayuda (AT) • Servicios de audiología • Asesoría y orientación • Instrucción especializada de capacitación para choferes • Servicios médicos y de enfermería • Instrucción en el hogar u hospital • Servicios especializados de discapacidades de baja incidencia, como lectores, transcritores, y servicios para la vista y la audición • Terapia ocupacional (OT) • Instrucción de movilidad y orientación 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría y capacitación para padres • Terapia física (PT) • Recreación, incluyendo recreación terapéutica • Lenguaje para mudos o Intérpretes orales • Servicios de trabajo social • Desarrollo y remedio del habla y el lenguaje (SP) • Transporte • Servicios de la vista (VI) • Educación vocacional especialmente diseñada y desarrollo profesional • Servicios psicológicos (además de la evaluación y el desarrollo de un programa de educación individualizada) • Psicoterapia
Familias no pagan para servicios de la Educación Especial.	

Colocación ¿En dónde se ofrecen los servicios?

El lugar en donde se ofrecerán los servicios de educación especial, generalmente llamado “colocación,” se determina después de que el equipo de IEP ha considerado minuciosamente todas las necesidades del estudiante.

Los servicios de educación especial pueden proporcionarse en una variedad de entornos, incluyendo:

- * Salón de clases de educación general (con el apoyo necesario) conocido como “inclusión completa” [en Inglés: *full-inclusion* o FI] o “con el grupo general” [*mainstreaming*]
- * Salones de recursos (RS) [*Resource room* o RS]
- * Clases de día especial (SDC) en un recinto regular [*Special Day Class* o SDC]
- * “Escuelas no públicas” (NPS), una escuela privada terapéutica que esté acreditada por el estado y que califique para recibir fondos del distrito [*Non-public School* o NPS], o
- * Combinación de entornos dependiendo de las necesidades individualizadas del estudiante.

El hogar, un hospital o un centro residencial de tratamiento puede ser el lugar para ofrecer los servicios de educación especial. Sin embargo, un componente clave de la ley federal IDEA establece que los niños deben recibir servicios de educación especial en el “entorno menos restrictivo” [*least restrictive environment* o LRE], o el entorno lo más “regular” posible.

Eligibilidad ¿Quién es elegible?

Los niños (de 3 a los 18 años) o (hasta los 22 años, siempre que el estudiante no se haya graduado de la secundaria [*high school*] con un diploma regular) y que tengan uno de los siguientes tipos de discapacidades:

- | | |
|----------------------------|---|
| * Autismo | * Otro impedimento de salud |
| * Sordera | * Trastornos emocionales graves |
| * Sordera y ceguera | * Discapacidades de aprendizaje específicas |
| * Impedimentos auditivos | * Impedimentos del habla y el lenguaje |
| * Retraso mental | * Lesión traumática del cerebro |
| * Discapacidades múltiples | * Impedimentos visuales, incluyendo ceguera |
| * Impedimentos ortopédicos | |

Solicitud de evaluación ¿Cómo comienza una persona el proceso IEP?

Uno de los padres o un maestro, asesor u otro miembro del personal de la escuela puede solicitar que un estudiante sea evaluado para recibir servicios de educación especial. La solicitud para la evaluación **tiene que hacerse por escrito** y enviarse:

- * Al maestro del niño,
- * Al director de la escuela del niño, o
- * A la Oficina Administrativa de Educación Especial del distrito escolar

Fechas/ Procedimiento ¿Cómo debe responder el distrito escolar a una solicitud de evaluación?

- * Después de que se reciba la solicitud por escrito para una evaluación de Educación Especial, el distrito tiene **15 días para desarrollar un Plan de Evaluación** [Assessment Plan].
- * El Plan de Evaluación se desarrolla y envía al padre o tutor, quien tiene **hasta 15 días para aceptar el Plan de Evaluación**. Ningún estudiante puede evaluarse sin el consentimiento por escrito del padre o tutor legal.
- * Cuando el distrito recibe el consentimiento, tienen **50 días civiles para terminar la evaluación y programar la reunión para tratar el IEP**.

Solicitud para los servicios IEP Los padres de los estudiantes que actualmente reciben servicios de Educación Especial tienen el derecho de solicitar una reunión IEP en cualquier momento que sea necesario revisar o cambiar el servicio de IEP. Como se indicó anteriormente, la solicitud para una reunión IEP debe **hacerse por escrito**. Si el padre no solicita evaluaciones adicionales en esa ocasión, el distrito debe programar la reunión IEP **antes de que transcurran 30 días después de recibir la solicitud por escrito**.

Información para comunicarse con el personal de Educación Especial	<p>Llame a la... Llame al...</p> <p>Llame a la...</p> <p>(510) 337-2352 (510) 879-8223 (510) 537-3000 (510) 659-2569 (925) 426-9144</p> <p>(800) 926-0648 (916) 327-3704 FAX</p> <p>(916) 445-4613 (916) 323-9779 TTY (916) 327-3516 FAX sitio Web</p> <p>(510) 430-8033 (800) 776-5746 sitio Web</p>	<p>Escuela del niño Departamento de Educación Especial del Distrito Escolar Local del niño</p> <p>Oficina del Área de Planificación Local de Educación Especial (SELPA) / Special Education Local Plan Area (SELPA) SELPA - Alameda/Albany/Berkeley/Emeryville/Piedmont SELPA - Oakland SELPA - Castro Valley/Hayward/San Leandro/San Lorenzo SELPA - New Haven/Newark/Fremont SELPA - Dublin/Livermore/Sunol Glen/Mountain House Elementary/Pleasanton</p> <p>Servicios de Remisión de las Salvaguardas de los Procedimientos / Procedural Safeguards Referral Service Información de ayuda técnica y recursos para padres, distritos escolares, defensores, agencias y otras salvaguardas de los procedimientos relacionadas con los estudiantes (de 3 a 22 años) con discapacidades y sus derechos educativos.</p> <p>CA Department of Education/Special Education Division Correo: P.O. Box 944272; Sacramento, CA 94244-2720 Ubicación: 428 J Street, Fifth Floor; Sacramento, CA 95814 http://www.cde.ca.gov/spbranch/sed</p> <p>Protection and Advocacy, Inc. Special Education Publications 433 Hegenberger Road, Suite 220, Oakland, CA 94621 http://www.pai-ca.org/pubs/401601.htm Para obtener una copia de los Derechos y Responsabilidades de la Educación Especial, un manual de 12 capítulos de la ley y los procedimientos de California que gobiernan la Educación Especial que puede verse en línea, descargarse o comprarse. Está disponible en inglés, chino, coreano, español y vietnamita.</p>
---	---	--



Transporte

El transporte es un problema para muchas personas. Puede afectar su posibilidad para llevar a los niños a la escuela, a sus consultas médicas y dentro de la comunidad a sus actividades diarias y recreativas. **Existen varios programas que ofrecen servicios de transporte a familias con niños que tienen necesidades especiales de salud.** La mayoría de las ciudades operan sus propios programas especializados de transporte y hay algunos programas que abarcan a todo el condado. Todos los programas tienen diferentes requisitos geográficos y de elegibilidad.

El Regional Center of the East Bay (RCEB) y Servicios para los Niños de California o CCS [California Children's Services] pueden ayudar a sus clientes a obtener servicios de transporte adecuados.

Programas y Servicios Transporte escolar

Los niños con necesidades especiales que estén recibiendo servicios especiales de educación pueden calificar para recibir transporte gratuito. Dependiendo de la necesidad médica y otros criterios individuales, esto puede incluir transporte a:

- * Cualquier escuela a la que asista el niño (ya sea que esté en el vecindario del niño o no)
- * Transporte a terapias fuera del recinto estudiantil
- * Transporte a programas después de clases

En algunos casos, los padres que pueden llevar a sus hijos pueden recibir el reembolso por las millas que recorren si el niño calificaría de otra manera para recibir servicios de transporte. Para que el niño pueda recibir los servicios de transporte, estos servicios debe estar escritos en su Programa Educativo Individualizado (IEP).

Para comunicarse

Llame a la...

**Departamento de Educación Especial del Distrito Escolar del niño o a la Oficina del Área de Planificación Local de Educación Especial (SELPA) /
Special Education Local Plan Area (SELPA)**

(510) 337-2352

SELPA - Alameda/Albany/Berkeley/Emeryville/Piedmont

(510) 879-8223

SELPA - Oakland

(510) 537-3000

SELPA - Castro Valley/Hayward/San Leandro/San Lorenzo

(510) 659-2569

SELPA - New Haven/Newark/Fremont

(925) 426-9144

SELPA - Dublin/Livermore/Sunol Glen/Mountain House Elementary/Pleasanton

Transporte para la Atención Médica

Algunos hospitales u organizaciones relacionadas ofrecen transporte a las citas médicas; todos los programas tienen diferentes requisitos geográficos y de elegibilidad y podrían requerir un aviso con una semana de anticipación, así que es importante que las familias tengan esta información por adelantado. Algunos centros médicos también ofrecen vales para taxis y/o tarifas reducidas de estacionamiento. Los servicios de transporte también se proporcionan en ciertas agencias como la Sociedad Americana del Cáncer. El transporte se ofrece para las citas médicas relacionadas con la misión de la agencia y por lo general se realiza mediante camionetas o voluntarios. El departamento

de California Children's Services (CCS) puede satisfacer algunas necesidades de transporte para los niños que califiquen para participar en los servicios de CCS.

Para comunicarse	Llame al... Call your... (510) 208-5970 sitio Web de CCS	Centro de información del Centro Médico u Hospital Agencias de Salud o Médicas California Children Services (CCS) http://www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/HTML/CCS.htm
-------------------------	---	--

Transporte de ruta fija

Muchas áreas del condado de Alameda tienen servicio de transporte público y también ofrecen servicios de transporte especializado. Muchas personas con discapacidades pueden calificar para tarifas reducidas en el transporte público incluso si no califican para los servicios de transporte especializado. Dependiendo de su discapacidad, los niños con necesidades especiales de salud pueden calificar para un pase de tarifa reducida; sin embargo, sus otros familiares viajarán a la tarifa completa. La mayoría de los autobuses están equipados con elevadores para sillas de ruedas y también pueden adaptarse a otro equipo o animales de servicio.

Fixed Route Transportation

La opción más económica y flexible es el servicio de transporte de ruta fija. Bay Area Rapid Transit (BART) y el sistema de autobuses públicos del condado de Alameda (AC Transit, Tri Valley's WHEELS Dial-a-Ride y Union City Transit) están 100% equipados con elevadores para sillas de ruedas y para asistir a otras personas que necesitan ayuda para abordar el autobús.

Sistema de transporte ADA Paratransit

El sistema Paratransit es un transporte para personas de edad avanzada y personas con discapacidades a las que no les es posible usar el transporte BART u otro sistema de autobuses. El sistema ADA (*Americans with Disabilities Act* o Ley de Personas Estadounidenses con Discapacidades) Paratransit está diseñado para complementar el sistema BART y los sistemas de autobús y podría no ofrecer el servicio deseado por muchas personas mayores y con discapacidades. Todo el sistema de ADA paratransit se programa por lo menos con un día de anticipación y la tarifa se limita al doble de la tarifa de autobuses correspondiente. Algunos programas de los sistemas de paratransit basados en las ciudades requieren que los pasajeros soliciten participar en el sistema ADA paratransit. En el condado de Alameda, el sistema ADA paratransit se ofrece mediante:

- * East Bay Paratransit, en las porciones del condado que reciben el servicio de AC Transit y BART
- * Livermore-Amador Valley Transit Authority (WHEELS Dial-a-Ride), en la región de Tri-Valley
- * Union City Transit, en Union City.

Sistemas de Paratransit basados en las ciudades

Muchas ciudades del condado de Alameda ofrecen sus propios programas paratransit, además del programa de ADA que funciona en cada jurisdicción. Los programas basados en la ciudad están financiadas principalmente con los impuestos locales de transporte conocidos como medida B.

Para comunicarse (510) 891-4706
(800) 448-9790 TTY
(510) 465-2278
(510) 839-2220 TTY
(510) 287-5000
(800) 555-8085
(510) 287-5065 TTY
(925) 931-5376
(925) 455-7510
(510) 476-1500
(510) 471-1411

(510) 208-5970

(510) 383-1200

AC Transit
AC Transit
BART
BART
Alameda County Paratransit
Alameda County Paratransit, sin cargo
Alameda County Paratransit
Pleasanton Paratransit
Tri-Valley WHEELS Dial-a-Ride
Union City Paratransit
Union City Transit

California Children Services (CCS):
sólo para clientes
Regional Center of the East Bay (RCEB):
sólo para clientes

Centro Regional del East Bay (RCEB)

Regional Center of the East Bay (RCEB)

Servicios de RCEB			
	<p>Ofrece los siguientes servicios para los niños con discapacidades de desarrollo y sus familias así como servicios de intervención para recién nacidos de 0 a 3 años que estén en riesgo de desarrollar retrasos de desarrollo. Los servicios se proporcionan como pagador de último recurso.</p>		
Terapias		Entrenamiento de Movilidad	
<p>Incluye terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla para maximizar las habilidades esenciales y/o mantener el funcionamiento.</p>		<p>Para apoyar a los clientes en la integración a la comunidad y la independencia a través del uso del transporte público.</p>	<p>Pruebas genéticas y asesoría a los padres para quienes se ha determinado un alto riesgo de tener un bebé con discapacidades de desarrollo.</p>
Enfermería		Vida Asistida	
<p>Cuando existe un trastorno médico y hay necesidad de ofrecer un descanso periódico a la persona encargada de brindar cuidado a un enfermo o de una intervención de enfermería continua.</p>		<p>Servicios y apoyo para las personas que viven en hogares que poseen, alquilan o rentan. La gama de servicios y apoyo incluye: ayuda para encontrar una casa; capacitación en las habilidades sociales, de conducta y de la vida cotidiana; contratación y capacitación de personas para que proporcionen atención personal.</p>	
Capacitación para Padres		Servicio Residencial para Adultos o Niños	
<p>Capacitación sobre las habilidades para los padres con discapacidades de desarrollo, para poder mantener y reforzar la unidad familiar y promover el desarrollo del niño.</p>		<p>Para las personas que prefieren vivir en un hogar de atención de la comunidad que esté certificado, que necesitan la atención y supervisión que ofrece dicho centro.</p>	
Personal Adicional			
<p>Cuando un cliente está en peligro inminente de que se le interne en un Centro Estatal de Desarrollo, o necesita ajustarse a vivir en un nuevo hogar o programa, o cuando hay un centro que no tiene personal para ofrecer el nivel adecuado de supervisión que es necesario para las enfermedades temporales del cliente.</p>			

Servicios de RCEB				
<p>Programas Infantiles Programas de estimulación en el hogar y en los centros correspondientes, los cuales fomentan el desarrollo y el ajuste de los bebés y maximiza la habilidad de las familias de satisfacer mejor las necesidades especiales de sus bebés.</p>		<p>Asesoría y Psicoterapia Para los clientes involucrados con el sistema judicial, cuya salud y seguridad estén en riesgo debido a una conducta peligrosa, depresión o temor excesivo.</p>		
		<p>Transporte Para que los clientes adultos asistan a un programa diario primario, cuando no les es posible usar de manera segura el transporte público o no esté disponible.</p>		
<p>Equipo Y Materiales Adaptables El equipo médico duradero como sillas de ruedas, equipo para el baño y elevadores personales; artículos pequeños de equipo de adaptación; dispositivos específicos de comunicación que permiten al cliente interactuar más con su entorno y conduce a una mayor independencia.</p>		<p>Servicios para la Conducta Evaluación, capacitación y consultas con la familia, persona que brinda cuidado o el personal del programa, para los clientes que se comportan de manera que amenaza gravemente su programa o acuerdo para vivir.</p>		
<p>Pañales Para los clientes entre la edad de 5 a 18 años quienes sufren de incontinencia intestinal/ urinaria con posibilidades de sufrir deterioro de la piel.</p>			<p>Descansos Descansos intermitentes para las familias que proporcionan atención y supervisión constante al cliente cuya atención necesita ser más extensa que la que se les brinda a las personas sin discapacidades.</p>	
	<p>Atención Especializada Médica y Dental Debe estar relacionada específicamente a la discapacidad de desarrollo del cliente.</p>		<p>Habilidades para una Vida Independiente Capacitación en las áreas necesarias para que las personas vivan independientemente sin servicios de supervisión y apoyo.</p>	

Servicios de RCEB				
<p>Intervención Intensiva para la Conducta</p> <p>Tutores, evaluaciones, consultas y vigilancia en curso para los niños menores de 3 años, con un diagnóstico de autismo o sospecha de autismo.</p>		<p>Cuidado Infantil</p> <p>Para los clientes menores de 13 años, cuando el trabajo de tiempo completo de los padres o su asistencia a programas educativos vocacionales no les permite ajustarse a las necesidades de cuidado del niño y no tienen un sistema de apoyo natural que ofrezca cuidado infantil.</p>		<p>Programa Diurno</p> <p>Para los adultos que hayan terminado los servicios de escuela pública para mejorar sus niveles de habilidad, prepararse para un nivel máximo de independencia en su comunidad y para prepararse para trabajar.</p>

Para comunicarse (510) 383-1200
(510) 633-5022 FAX

Regional Center of the East Bay (RCEB)
7677 Oakport Street, Suite 300
Oakland, CA 94621

sitio Web

<http://www.rceb.org>



Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (en el entorno escolar)

La finalidad de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación es eliminar la discriminación basada en discapacidades en todos los programas y actividades que reciben ayuda financiera federal, lo cual incluye la educación. La Sección 504 garantiza a los estudiantes el acceso igual a los servicios.

Persona responsable Cada distrito escolar tiene que tener por lo menos una persona designada como **Coordinador del plan 504 [504 Coordinator]**, la cual es responsable de garantizar que se identifiquen las necesidades del estudiante y se instituyan las medidas adecuadas.

El Plan 504 [504 Plan] versus el IEP (Programa de Educación Individualizada) Si se indican los servicios, se desarrolla el **Plan 504**. Este proceso es menos estructurado que el proceso del Programa de Educación Individualizada (IEP). Y a diferencia de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), no tiene fondos adjuntos a los servicios listados en el Plan 504. Esto significa que el financiamiento de las adaptaciones del Plan 504 proviene del presupuesto general de la escuela. El financiamiento de IDEA no puede usarse para atender a los estudiantes que reciben atención solamente con los Planes 504.

Cumplimiento Si se descubre que una escuela o agencia no cumple con la Sección 504, éstas podrían perder sus fondos federales. A diferencia del cumplimiento con la ley IDEA, la cual es vigilada por el Departamento de Educación de California [*California Department of Education*], la Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos [*U.S. Office for Civil Rights*] se encarga de hacer cumplir la Sección 504.

Servicios ¿Qué servicios se proporcionan?

La colocación razonable para el Aprendizaje en un Entorno Escolar puede incluir:

- Proporcionar tiempo adicional para los exámenes o las tareas.
- Mover el escritorio del estudiante al frente del salón de clases de manera que el estudiante pueda ver mejor el pizarrón.
- Dejar salir temprano al estudiante para el almuerzo de manera que pueda hacerse una prueba en el dedo para revisar el nivel de azúcar en la sangre.
- Leerle las preguntas de los exámenes al estudiante.
- Proporcionar un adiestrador de trabajos para los adolescentes y adultos jóvenes en los entornos de empleo con apoyo como parte de sus experiencias de aprendizaje al pasar de la escuela al trabajo.
- Proporcionar un salón independiente para tomar los exámenes.

Elegibilidad

Las adaptaciones se consideran irrazonables si:

- Los costos para establecerla son excesivos.
- Causa el cierre o la cancelación de los servicios.

Elegibilidad ¿Quién es elegible?

Los niños de edad escolar, que podrían tener o no tener discapacidades que cumplen con las pautas de la ley IDEA, pero que tienen:

- * un impedimento físico o mental el cual limita sustancialmente una actividad importante de la vida, o
- * tienen un historial de dicho impedimento, o
- * se considera que tienen un impedimento.

Esto incluye a estudiantes que tienen trastornos mentales o psicológicos, como retraso mental, enfermedades mentales, un trastorno específico del aprendizaje o un síndrome orgánico del cerebro.

El impedimento físico se refiere a un trastorno psicológico, una enfermedad contagiosa, una desfiguración cosmética o la pérdida de uno o más sistemas del organismo.

Un estudiante está protegido por la Sección 504 sin importar si también necesita educación especial.

Las actividades importantes de la vida limitadas por impedimentos físicos o mentales incluyen:

- * Actividades de cuidado a uno mismo
- * Caminar
- * Ver
- * Escuchar
- * Respirar
- * Aprender
- * Capacidad para trabajar
- * Capacidad para hacer un trabajo manual

Proveedores ¿En dónde se ofrecen los servicios?

Los servicios pueden proporcionarse en la escuela, en el lugar de trabajo y en la comunidad, según sea adecuado.

Remisión Cómo hacer remisiones a los servicios de la Sección 504:

Cualquier miembro del personal de la escuela o el padre o tutor pueden solicitar una determinación para la Sección 504 comunicándose con el Coordinador del plan 504 o con el director de la escuela del estudiante. Ningún estudiante puede recibir el Plan de la Sección 504 sin el consentimiento del padre o tutor legal.

Para comunicarse Llame al...

(415) 437-8310
 (415) 437-8311 TDD
 (415) 437-8329 FAX

sitio Web

(800) 776-5746

Director de la escuela del niño o al Coordinador del plan 504 [504 Coordinator]

Para asuntos de cumplimiento o falta de cumplimiento del plan 504:

**Oficina de Derechos Civiles / Office for Civil Rights
 Region IX (AZ/CA/HI/NV/Am. Samoa/Guam)
 (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU)
 U.S. Department of Health and Human Services
 50 United Nations Plaza – Room 322
 San Francisco, CA 94102**

<http://www.hhs.gov/ocr/>

Protection and Advocacy

Early Start

Programa de Intervención Temprana del Centro Regional



Los programas Early Start ofrecen servicios de intervención temprana centrados en la familia a los bebés y a los niños pequeños (del nacimiento a los tres años de edad) que tienen o podrían tener una discapacidad o retraso de desarrollo. Este programa recibe fondos federales a través de IDEA (P.L. 05–17).

Servicios ¿Qué servicios se ofrecen? Los servicios de Early Start incluyen, entre otros:

- * Coordinación de servicios
- * Servicios de terapia (terapia del habla, física y/u ocupacional)
- * Servicios de atención a la vista y la audición
- * Programas de desarrollo infantil
- * Servicios médicos
- * Apoyo, asesoría, descanso y capacitación para los padres
- * Servicios de nutrición y alimentación
- * Tecnología de asistencia, incluyendo dispositivos o servicios auxiliares
- * Servicios de psicología y de trabajo social
- * Costos de transporte y relacionados que sean necesarios para que el niño reciba los servicios

Eligibilidad ¿Quién califica para participar en el programa Early Start?

En California, los niños que califican incluyen los bebés y los niños pequeños (menores de tres años) que:

- * Tengan un retraso en por lo menos un área de desarrollo
- * Tengan un trastorno con una probabilidad conocida que causa una discapacidad o retraso
- * Tengan un alto riesgo de tener una discapacidad de desarrollo

Inscripción ¿Cómo puede inscribirse?

Se requieren "Fuentes primarias de envío a un especialista" para hacer envíos a especialistas a agencias públicas adecuadas como Regional Center of the East Bay (RCEB). [Vea la información del RCEB]. Las "Fuentes primarias de envío a especialistas" incluyen:

- * Hospitales
- * Médicos
- * Otros proveedores de atención a la salud
- * Centros médicos públicos
- * Centros de guardería infantil

La evaluación debe realizarse antes de que transcurran 45 días a partir del envío.

Proveedores ¿Cómo se entregan los servicios?

Los servicios de intervención temprana pueden ofrecerse a través de distritos escolares, centros locales, agencias públicas y privadas que sean parte del Programa Early Start de California en su comunidad. Dónde y cómo se ofrecen los servicios lo determina la familia y el equipo de intervención temprana. Por ejemplo, pueden ofrecerse los servicios en la casa, en un programa con otros bebés en el centro o una agencia, en una guardería o en otros entornos naturales.

Para comunicarse	<p>(510) 383-1355 (510) 383-1200 (510) 633-5022 FAX</p>	<p>Early Start Program Regional Center of the East Bay (RCEB) 7677 Oakport Street, Suite 300 Oakland, CA 94621 http://www.rceb.org</p>
sitio Web		

Calendario y Directorio Telefónico



- * Calendario de 18 meses
- * Directorio Telefónico

2005 julio



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

					1	2
					E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
3	4	5	6	7	8	9
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
10	11	12	13	14	15	16
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
17	18	19	20	21	22	23
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
24	25	26	27	28	29	30
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>

31
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>

El peso este mes _____
 Los costos que usted págo por mes \$ _____
 Kilometraje mensual que usted viajó para _____
 el cuidado médico _____



2005 agosto

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
	1	2	3	4	5	6
	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
7	8	9	10	11	12	13
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
14	15	16	17	18	19	20
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
21	22	23	24	25	26	27
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
28	29	30	31			
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>			

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2005 septiembre



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

				1	2	3
				E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
4	5	6	7	8	9	10
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
18	19	20	21	22	23	24
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
25	26	27	28	29	30	
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	

El peso este mes _____

Los costos que usted págo por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2005 octubre

domingo

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

sábado

						1
						E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
2	3	4	5	6	7	8
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
16	17	18	19	20	21	22
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
23	24	25	26	27	28	29
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
30	31	<p>El peso este mes _____</p> <p>Los costos que usted pagó por mes \$ _____</p> <p>Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____</p>				
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>					

2005 noviembre



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

		1	2	3	4	5
		E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
6	7	8	9	10	11	12
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
13	14	15	16	17	18	19
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
20	21	22	23	24	25	26
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
27	28	29	30			
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>			

El peso este mes _____

Los costos que usted págo por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2005 diciembre

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
				1	2	3
				E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
4	5	6	7	8	9	10
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
18	19	20	21	22	23	24
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
25	26	27	28	29	30	31
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2006 enero



domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
1 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	2 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	3 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	4 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	5 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	6 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	7 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	
8 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	9 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	10 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	11 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	12 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	13 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	14 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	
15 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	16 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	17 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	18 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	19 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	20 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	21 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	
22 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	23 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	24 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	25 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	26 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	27 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	28 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	
29 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	30 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	31 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>					

El peso este mes _____

Los costos que usted pago por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2006 febrero

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
			1	2	3	4
			E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
5	6	7	8	9	10	11
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
19	20	21	22	23	24	25
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
26	27	28				
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>				

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2006 marzo



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

			1	2	3	4
			E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
5	6	7	8	9	10	11
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
19	20	21	22	23	24	25
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
26	27	28	29	30	31	
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	

El peso este mes _____

Los costos que usted págo por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para _____
el cuidado médico



2006 abril

domingo

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

sábado

						1
						E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
2	3	4	5	6	7	8
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
16	17	18	19	20	21	22
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
23	24	25	26	27	28	29
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
30	<p>El peso este mes _____</p> <p>Los costos que usted pagó por mes \$ _____</p> <p>Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____</p>					
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>						

2006 mayo



domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
	1	2	3	4	5	6
	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
7	8	9	10	11	12	13
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
14	15	16	17	18	19	20
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
21	22	23	24	25	26	27
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
28	29	30	31			
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>			

El peso este mes _____

Los costos que usted págo por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2006 junio

domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

					1	2	3
					E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
4	5	6	7	8	9	10	
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17	
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
18	19	20	21	22	23	24	
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
25	26	27	28	29	30		
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>		

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2006 julio



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

						1
						E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
2	3	4	5	6	7	8
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
16	17	18	19	20	21	22
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
23	24	25	26	27	28	29
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
30	31	<p>El peso este mes _____</p> <p>Los costos que usted págo por mes \$ _____</p> <p>Kilometraje mensual que usted viajó para _____</p> <p>el cuidado médico _____</p>				
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>					



2006 agosto

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
		1	2	3	4	5
		E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
6	7	8	9	10	11	12
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
13	14	15	16	17	18	19
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
20	21	22	23	24	25	26
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
27	28	29	30	31		
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>		

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2006 septiembre



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

					1	2
					E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
3	4	5	6	7	8	9
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
10	11	12	13	14	15	16
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
17	18	19	20	21	22	23
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
24	25	26	27	28	29	30
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>

El peso este mes _____

Los costos que usted págo por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2006 octubre

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
1 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	2 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	3 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	4 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	5 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	6 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	7 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
8 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	9 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	10 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	11 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	12 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	13 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	14 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
15 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	16 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	17 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	18 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	19 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	20 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	21 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
22 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	23 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	24 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	25 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	26 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	27 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	28 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
29 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	30 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	31 E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>				

El peso este mes _____

Los costos que usted pagó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____

2006 noviembre



domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

			1	2	3	4
			E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
5	6	7	8	9	10	11
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
19	20	21	22	23	24	25
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
26	27	28	29	30		
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>		

El peso este mes _____

Los costos que usted págó por mes \$ _____

Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____



2006 diciembre

domingo

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

sábado

					1	2
					E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
3	4	5	6	7	8	9
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
10	11	12	13	14	15	16
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
17	18	19	20	21	22	23
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
24	25	26	27	28	29	30
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>	E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>
31	<p>El peso este mes _____</p> <p>Los costos que usted pagó por mes \$ _____</p> <p>Kilometraje mensual que usted viajó para el cuidado médico _____</p>					
E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>						

Directorio Telefónico



Nombre / Dirección	Numero de Teléfono / Email
	Residencia
	Oficina
	Facsimile
	Teléfono Móvil
	Email
	Residencia
	Oficina
	Facsimile
	Teléfono Móvil
	Email
	Residencia
	Oficina
	Facsimile
	Teléfono Móvil
	Email
	Residencia
	Oficina
	Facsimile
	Teléfono Móvil
	Email

Nombre / Dirección		Numero de Teléfono / Email	
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	

Nombre / Dirección		Numero de Teléfono / Email	
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	

Nombre / Dirección		Numero de Teléfono / Email	
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	
 			
		Residencia	
		Oficina	
		Facsimile	
		Teléfono Móvil	
		Email	



- * Información de Emergencia
- * Tarjeta Inteligente (*Smart Card*)
- * Consejos para Prepararse para ver a un Médico
- * Glosario de Términos Médicos mas Comunes
- * Tabla de Abreviación y Términos de Médicos
- * Dosis Métricas y Equivalentes Apotecarios
- * Pagina de Seguro Médico
- * Historia Médica

Información de Emergencia para Niños con Necesidades Especiales			
<i>Desarrollado por: American College of Emergency Physicians® and American Academy of Pediatrics</i>	Fecha Completado	Revisado	Revisado
	Por Quien	Revisado	Revisado
Nombre	Fecha de Nacimiento	Apodo	
Dirección	Número(s) Telefónico(s)		
Parent/Guardian	Contacto de Emergencia y Relación		
Firma/Permiso*			
Idioma Primario	Número Telefónico de Contacto		
Médicos			
Médico Primario	Teléfono de Emergencia		
	Facsímile		
Médico de Especialidad Actual	Teléfono de Emergencia		
Especialidad	Facsímile		
ED Primario Anticipado	Farmacia		
Centro de Cuidado Terciario Anticipado			
Diagnosis / Procedimientos Pasados / Exámenes Físicos			
1.	Resultados Físicos		
2.			
3.	Signos Vitales Básicos		
4.			
Sinopsis	Estado Neurologico Básico		

Diagnosis / Procedimientos Pasados / Exámenes Físicos...

Medicamentos	Resultados Ancilarios Básicos (laboratorio, rayos-X, ECG)
1.	
2.	
3.	
4.	Prótesis / Aparatos Tecnológicos Avanzados / Equip
5.	
6.	

Data de la Administración

Alergia: Medicinas/Alimentos a Evitar	Por qué
1.	
2.	
3.	

Procedimientos a Evitar	Por qué
1.	
2.	
3.	

Fechas de Inmunizaciones (MM/AA)

DPT						Hep B					
OPV						Varicella					
MMR						TB Estado					
HIB						Otro					

Antibiótico: _____ Indicación: _____ Medicina y Dosis: _____

Problemas Comunes / Problemas con Resultados Sugeridos

Problema	Estudios Diadnosticos Sugeridos	Consideración de Tratamientos

Comentarios sobre Hijo, Familia, Otros Temas Médicos Específicos

Médico/Firmade Proveedor	Imprima el Nombre
--------------------------	-------------------

Smart Card / Tarjeta Inteligente

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____ SSN: _____
Nombre de niño Fecha de nacimiento del niño Número de seguro social

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Child lives with: Biological family Extended family Adoptive family Foster family Group home
Niño vive con Los padres Otros familiares La familia adoptiva En hogar de crianza Hogar de niños

Parent/Primary Caregivers/Emergency Contact (Padres / personas que se encargan del cuidado / Personas encargadas en emergencias):

Name <i>Nombre</i>	Address/City/Zip <i>Dirección/ ciudad/ código postal</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Relationship <i>Relación</i>
		Day: <i>Día</i> Evening: <i>Tarde</i>	
		Day: <i>Día</i> Evening: <i>Tarde</i>	
		Day: <i>Día</i> Evening: <i>Tarde</i>	

Medi-Cal? No Yes Child's Medi-Cal number: _____ CIN: _____
Medi-Cal? No Sí El número de Medi-Cal del niño CIN

Insurance information (Información sobre aseguranza de salud):

Name of Insured <i>Persona asegurada</i>	Insurance Company <i>Nombre de la compañía de seguro</i>	Address <i>Dirección</i>	Policy/Group Number (Medical Record number) <i>Número de la póliza o del grupo</i>	Phone <i>Teléfono</i>

We receive services from (Recibimos servicios de):

CCS Case Manager: _____ Phone: _____ Therapist: _____ Site: _____
CCS Enfermera Teléfono Terapeuta Lugar

School District School: _____ Class: _____ Teacher: _____ Phone: _____
Distrito escolar Escuela Clase Maestro Teléfono

Regional Center Case Manager: _____ Phone: _____
Centro Regional Trabajador social Teléfono

Social Services Worker: _____ Phone: _____ Worker number: _____
Servicios sociales Trabajador social Teléfono Número del trabajador social

Primary Care Doctor's Name: _____ Phone: () _____ Fax: () _____
Nombre del médico de cabecera Teléfono Fax

Current Diagnoses/Conditions (Diagnosis existentes / padecimientos): _____



Consejos para Prepararse para ver a un Médico



1. Prepararse:

- a. Traiga cualquier información que tenga sobre su hijo/a. (*El Registro Médico para Niños -RMN)
- b. Traiga lapiz/bolígrafo y papel para tomar apuntes.
- c. Revise su data y sea específico/a sobre todos los cambios en el estado de salud de su hijo/a. (*Entradas 2 & 3 en el RMN)
- d. Tenga una lista de todos los medicamentos que esta usando actualmente, incluyendo medicamentos sin recetas. (* Página de Medicamentos en el RMN).
- e. Tenga una lista de reacciones alérgicas que ha tenido su hijo/a a medicamentos con o sin recetas. (*Registro de Alergia en el RMN)
- f. Escriba todas sus preguntas antes de llamar o visitar al médico. (Entrada 3 en el RMN)



2. Dígale al Médico:

- a. Como ha estado su hijo/a. (*Calendario Mensual en el RMN)
- b. Información sobre logros y fracasos. (*Entrada 3 de RMN)
- c. Información detallada sobre los cambios y síntomas que no son parte del estado normal de su hijo/a. (*Entrada 3 de RMN)
- d. Lo que le preocupa. (*Entrada 3 de RMN)
- e. Cuando los síntomas empezaron a cambiar. (*Entrada 3 de RMN)
- f. Cuando y cuan frecuente son los síntomas. (*Entrada 3 de RMN)
- g. Como trato de aliviar los síntomas y como respondió su hijo/a. (*Entrada 3 de RMN)



3. No se vaya de la oficina del doctor sin:

- a. Instrucciones y los nombres de medicinas nuevas y viejas.
- b. Preguntar cuanto tiempo el niño/a va a estar bajo medicamentos y si hay recambio.
- c. Preguntar de posibles reacciones a los medicamentos.
- d. Preguntar lo que puede comer el niño/a con esos medicamentos.
- e. Preguntar si necesita autorización de la compañía de seguro para obtener la receta de la medicina.
- f. Entender las preguntas de seguimiento incluyendo como reportar cambios en síntomas.
- g. Preguntarle al médico si necesita cita de seguimiento.
- h. Hacer la próxima cita si es necesitada.
- i. Decirle a la recepcionista si necesita mas tiempo para una cita o acomodación especial.

*El Registro Médico para Niños (RMN) es una herramienta diseñada por el Medical Home Project for Children with Special Health Care Needs. Pregúntale a su coordinador de cuidado clínico para mas información.

Glosario de Términos Médicos mas Comunes



<i>(abrasion)</i> ABRASIÓN	Membrana de la piel o mucosa; frotación o rasguño en el nivel de células en la superficie de la piel a causa de fricción.
<i>(abscess)</i> ABSCESO	Una cavidad que contiene pus, rodeado por tejido inflamado, resultado de una infección localizada.
<i>(acute)</i> AGUDA	Una condición con el comienzo abrupto o intensidad severa, y subvenciona pronto después.
<i>(adaptation)</i> ADAPTACIÓN	Un cambio o respuesta a estrés de cualquier tipo, y la habilidad del paciente a adaptarse.
<i>(adaptive)</i> ADAPTIVO/A	Capaz de contribuir a la adaptación
<i>(attention deficit hyperactivity disorder - ADHD or ADD)</i> DESORDEN DE DEFICIT DE ATENCION HIPERACTIVA	Un síndrome de problemas de aprendizaje y comportamiento que no es causado por ninguna dolencia y es caracterizada especialmente con dificultad en manteniendo atención, comportamiento impulsivo (hablar fuera de turno), y usualmente por actividad excesiva.
<i>(anaphylactic shock)</i> CONMOCION ANAFILACTICA	Una reacción severa sistemática hipersensible a veces fatal a una sustancia, droga, vacuna, comida, suero, alergen, veneno o químico.
ANEMIA	Una reducción en la hemoglobina en los niveles de sangre bajo los niveles normales.
<i>(ankle-foot brace - AFO)</i> APARATO TOBILLO-PIE	Ortódico de Tobillo- Pie llamado comúnmente aparato de pie corto.
<i>(anesthesiologist)</i> ANESTESIOLOGO/A	Un doctor especializando en anestesiología (control de dolor y dormir durante cirugía)
APNEA	Periodos anormales en donde la respiración para.
<i>(arnold-chiari malformation)</i> MALFORMACION ARNOLD-CHIARI	Una hernia en el tallo del cerebro y cerebelo bajo a través del foramen magnum hacia el canal vertebral cervical, usualmente asociado con hidrocéfalos y espina bífida.
ARTERIAL	De o cerniendo a una arteria (va hacia el corazón)
<i>(asthma)</i> ASMA	Ataques jadeantes recurrentes, característicamente acompañados por resoplidos cuando uno exhala y varían severidad de día a día.
<i>(autism)</i> AUTISMO	Una desorden mental originada en la infancia, caracterizada por auto-absorción. Inhabilidad para interactuar socialmente, comportamiento repetitivo, auto encierro extremo, absorbo anormal en la fantasía, y disfunción en el idioma.
<i>(benign)</i> BENIGNO	De un tumor, de tipo leve, no posee ninguna amenaza inmediata, puede requerir tratamiento futuro.
<i>(blood gas)</i> GAS SANGINEO	Examen para determinar el HP y concentraciones de oxígeno, dióxido de carbono, nitrógeno y bicarbonato en la sangre.
<i>(blood sugars)</i> AZUCARES SANGINEAS	La concentración de glucosa en la sangre.

<i>(bowel sounds)</i> SONIDOS INTESTINAL	Un sonido echo por el movimiento de gas en el intestino.
<i>(bronchopulmonary dysplasia - BPD)</i> DISPLASIA BRONCOPULMONARIA	Una condición crónica en el pulmón que es causada por daño a los tejidos en los pulmones, marcados por inflamación, exudación (substancias supuradas por), cicatrización, fibrosis, enfisema, usualmente ocurriendo en infantes prematuros que han recibido ventilación mecánica y/o oxígeno suplemental como tratamiento para el síndrome de angustio respiratorio.
<i>(bradycardia)</i> BRADICARDIA	Una condición circulatoria anormal donde el corazón baja a menos de 60 (latidos) contracciones por minuto.
<i>(broviac/central line)</i> BROVIAC/LINEA CENTRAL	Un catéter de largo plazo en las venas centrales (pequeña, goma flexible, o tubo de silicona) enhebrado a través del pecho hacia una vena grande que va hacia el corazón.
CARDIOVASCULAR	El sistema que incluye el corazón y vasos sanguíneos.
<i>(cerebral palsy - CP)</i> PARALISIS CEREBRAL	Una discapacidad, resultado de daño al cerebro antes, durante o pronto después del nacimiento y es manifestado por falta de coordinación y perturbación en el habla.
<i>(cerebrospinal fluid - CSF)</i> LIQUIDO CEREBROESPINAL	El liquido que fluye a través y protege, los ventrículos, cerebro, y el canal espinal.
<i>(cerebrovascular accident - CVA)</i> ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	Una condición anormal en los vasos sanguíneos del cerebro, resultando en disminución de tejido cerebral normalmente fundido por los vasos dañados.
<i>(chronic)</i> CRÓNICO	Una condición que se desarrolla lentamente y persiste por largo tiempo (usualmente una condición de por vida).
<i>(circulation)</i> CIRCULACION	El movimiento de sangre a través de vasos corporales que son inducidos por la acción de bombear el corazón y sirve para distribuir los nutrientes y oxígeno para eliminar productos desperdicios de todas partes del cuerpo.
<i>(cleft)</i> HENDIDURA	Dividido. Fisura que usualmente se origina en el embreo.
<i>(cognition/cognitive)</i> COGNICION / CONOCIMIENTO	El proceso mental caracterizado por conocimiento, pensamiento, aprendizaje, y juicio.
COLITIS	Inflamación del colon (intestino grande) que causa diarrea, usualmente con sangre y mucosidad.
<i>(colostomy)</i> COLOSTOMIA	Formación quirúrgico de un ano artificial conectando al colon a una apertura en la pared abdominal.
<i>(congenital)</i> CONGENITO	Presente desde nacimiento.
<i>(contracture)</i> CONTRACTURA	Deformidad causado por el encogido de tejido cicatrizado, tejido conectivo, o reducción en los músculos y tendones.
<i>(continuous positive airway pressure - CPAP)</i> PRESION CONTINUA POSITIVA EN LAS VIAS AEREAS (PCPVA)	En la terapia respiratoria, ventilación asistida por un flujo constante de aire llevado a través del ciclo respiratorio.

<i>(chest percussion therapy - CPT)</i> TERAPIA DE PERCUSION DEL PECHO	Golpes sistemáticos en el pecho para poder aflojar congestión en el pecho.
<i>(cutaneous)</i> CUTANEO	De o concerniendo a la piel.
<i>(cutdown)</i> CORTEBAJO	Una incisión a una vena para insertar un catéter para una infusión intravenosa.
<i>(cyst/cystic/cysto/cysti)</i> QUISTE / CISTICO / CISTO / CISTI	Un saco o bolsa encerrado en el cuerpo que contiene líquido o materias semisolidas.
<i>(dehydration)</i> DESIDRATACION	Una pérdida excesiva de agua de los tejidos del cuerpo.
<i>(depth perception)</i> PERCEPCION PROFUNDA	La habilidad de juzgar la distancia de objetos en una relación espacial a la posición de uno.
<i>(do not resuscitate - DNR - no-code)</i> NO RESUCITE	Una orden escrita por un médico capacitado que instruye a no tratar de resucitar a un paciente en particular en el evento de fallo cardíaco o respiratorio. Usualmente solamente escrito para pacientes que están gravemente enfermos, la muerte es eminente o inevitable.
DIAGNOSIS	Identificación de una enfermedad o condición por una evaluación científica.
<i>(discharge)</i> SUPURACION	Emitir una sustancia o objeto.
<i>(distended)</i> HINCHASON	Estar hinchado por una fuerza interna.
<i>(dyslexia)</i> DISLEXIA	Discapacidad para la lectura o dificultad para entender símbolos escritos/
EDEMA	Cualquier acumulación anormal de líquidos; hinchazón.
-ECTO	Combinación de forma de definición; fuera de.
<i>(-ectomy)</i> -ECTOMIA	Combinación de forma de definición; La eliminación quirúrgica de algo específico.
<i>(elimination)</i> ELIMINACIÓN	Supuración corporal, incluyendo orina, heces y vomito.
<i>(embolism)</i> EMBOLIA	La obstrucción de vasos sanguíneos por un objeto extraño (aire, gas, tejido, tumor...)
<i>(emesis)</i> ENEMESIS	Término médico para vomito.
-ENDO	Combinación de forma de definición: interna, dentro de.
-ENTER / -ENTERO	Combinación de forma de definición; concierne a los intestinos.
<i>(epilepsy)</i> EPILEPSIA	Un desorden neurológico caracterizada por ataques recurrentes, supuración descontrolada eléctrica de las células de nervio de la corteza cerebral (en el cerebro).
<i>(extremity)</i> EXTREMIDAD	Una parte del cuerpo, especialmente, una mano o pie humana.
<i>(febrile)</i> FEBRIL	De fiebre o relacionado a la fiebre o elevación en la temperatura del cuerpo.

<i>(fissure)</i> FISURA	Una hendidura en la superficie del un órgano.
FISTULA	Un pasaje anormal de un órgano interno o superficie del cuerpo o entre dos órganos internos.
<i>(flaccid)</i> FLACIDO	Débil, suave flojo, falta de tono muscular.
<i>(flagella-)</i> FLAGELA-	Combinación de forma de definición. Conciene aun proceso de latigazo.
<i>(flight or fight reaction)</i> VUELO O REACCIÓN DE VUELO	Una reacción fisiológica o psicológica del cuerpo hacia el estrés.
FONTANELS/ FONTANEL	Una de las dos áreas suaves del cuero cabelludo de un bebé. Un hueco cubierto por membranas entre los huesos del cráneo.
FUSION	La unión de una entidad singular, uniendo a uno o más huesos.
<i>(gag reflex)</i> REFLEJO DE AMORDAZA	Un reflejo normal neural sacado por el toque de paladar suave o la parte de atrás de la lengua.
GASTROINTESTINAL	Parte del sistema digestivo que consiste de la boca, esófago, estomago, intestino, y ano.
<i>(gastrostomy tube/ G-tube)</i> TUBO GASTROSTOMICO	Un tubo plástico o de látex insertado en una abertura quirúrgica del estomago para proveer nutrimento.
<i>(hemiparesis)</i> HEMIPARESIS	Debilidad muscular o parálisis parcial que afecta un lado solamente del cuerpo.
<i>(hemoglobin)</i> HEMOGLOBINA	El pigmento que trae el oxigeno que se encuentra en los glóbulos rojos de la sangre, lleva oxigeno a los pulmones y otros tejidos del cuerpo.
<i>(hemorrhage)</i> HEMORRAGIA	Una perdida rápida y grande de sangre externamente u internamente.
<i>(hereditary)</i> HEREDITARIA	Conciene a la característica, condición, o enfermedad que se transmite del padre.
HERNIA	Un órgano que sobresale de una apertura anormal en la pared muscular.
<i>(hydro- / hydr-)</i> HIDRO- / HIDR-	Combinación de forma de definición: conciene al agua o hidrogeno.
<i>(hydrocephalus)</i> HIDROCEFALO	Acumulación anormal de VSF en los vasos con presión aumentada.
<i>(hyper-)</i> HIPER-	Combinación de forma de definición: excesivo, por encima, más allá de.
<i>(hypo-)</i> HIPO-	Combinación de forma de definición; por debajo o deficiente.
<i>(hypoglycemia)</i> HIPOGLICEMIA	Un nivel bajo de azúcar en la sangre.
<i>(hypotonia)</i> HIPOTONIA	Langides en cualquier parte del cuerpo.
<i>(ileostomy)</i> ILEOSTOMIA	Formación quirúrgica de un ano artificial conectando el íleon a una apertura en la pared abdominal, en la cual materia fecal es vaciada.

<i>(immunosuppressed)</i> INMUNOREPRESIÓN	Cuando el sistema inmune es inhibido a responder apropiadamente.
<i>(inclusion)</i> INCLUSIÓN	El acto de estar encerrado o incluido.
<i>(input)</i> ENTRADA	La cantidad de líquidos que son metidos en el cuerpo.
<i>(insulin)</i> INSULINA	Una hormona que regula el nivel de glucosa en la sangre.
<i>(intubation)</i> INTUBACIÓN	Travesía en un tubo de respiración para asegurar una vía de aire.
<i>(intuition)</i> INTUICIÓN	Aprehensión sobre la verdad sin razonamiento.
<i>(irritability)</i> IRRITABILIDAD	Enseñando señales de ser sensitivo, o miedoso.
<i>(jejunal tube / J-tube)</i> TUBO YEYUNAL	Apertura artificial hecho a través del abdomen hacia el yeyuno (parte del intestino pequeño) donde un tubo pequeño de látex o plástico es puesto para proveer nutrición.
<i>(juvenile diabetes)</i> DIABETES JUVENIL	Una inhabilidad de transformar por metabolismo los carbohidratos causando una deficiencia evidente de insulina, ocurre rápida en niño/as, eventualmente lleva a una dependencia de insulina.
<i>(ketoacidosis)</i> QUETOACIDOSIS	Complicación de diabetes , una acumulación de quetona en el cuerpo.
LABILE	Inestable, caracterizada por una tendencia de cambiar rapidamente.
<i>(laceration)</i> LACERACIÓN	Una herida desgarrada y raída.
<i>(latent)</i> LATENTE	Durmiente; existe como un potencial, puede hacerse activo bajo ciertas condiciones.
<i>(lethargy)</i> LETARGICO	El estado o cualidad de ser indiferente, apático o indolente.
LEUKO-	Combinación de forma de definición; perteneciendo a los globulos blancos.
LOCAL	De o perteneciendo a una área pequeña circunscrita del cuerpo.
MAL-	Combinación de forma de definición; anormal.
<i>(malignant)</i> MALIGNO	Tiende a infiltrar, se pone peor y causa la muerte.
MEDI-	Combinación de forma de definición; medio.
MENINGITIS	Cualquier infección o inflamación de las membranas que cubren el cerebro o la espina dorsal.
<i>(mental retardation - MR)</i> RETARDACIÓN MENTAL	Intelecto por debajo del promedio que es equivalente a o menos del cociente intelectual de 70, ocurre durante el periodo de desarrollo, y es manifestado especialmente por desarrollo anormal, conocimiento defectuoso y problemas de ajuste social.
<i>(mental status)</i> ESTADO MENTAL	El conocimiento del estado actual, dolor, ansiedad, depresión.
<i>(metabolic)</i> METABOLICO	De o perteneciendo al metabolismo (todos procesos químicos en seres vivientes).

<i>(mobility)</i> MOBILIDAD	La habilidad de moverse independientemente.
<i>(musculoskeletal)</i> MUSCULOESKELETAL	Involucrando a todos los músculos y huesos en el cuerpo humano.
MYELOMENINGOCELE	Espina bífida: defecto de desarrollo en el sistema nervioso central en el cual el saco de hernia contiene una porción de la espina dorsal, sé menigna (membranas), y CSF a través de una hendidura congénita en la columna vertebral.
<i>(nebulizer)</i> NEBULIZADOR	Un aparato que produce una rociada de aerosol para dispersar líquido (salina, albuterol).
NECROSIS	Tejido muerto localizado.
<i>(neurology)</i> NEUROLOGÍA	El estudio científico del sistema central nervioso especialmente con respecto a la estructura, las funciones, anomalías y trastornos.
<i>(nasogastric tube / NG-tube)</i> TUBO NASOGÁSTRICO	Tubo pasado hacia dentro de la nariz hacia el estómago para proveer nutrición.
<i>(nystagmus)</i> NISTAGMO	Movimiento involuntario, rítmico en los ojos.
<i>(obturator)</i> OPTURADOR	Un aparato usado para bloquear un pasaje o canal o para llenar un espacio.
<i>(obstruction)</i> OBSTRUCCIÓN	Una condición de estar bloqueado o atascado.
<i>(occipital)</i> OCIPITAL	De o perteneciendo al occiput (La parte de atrás de la cabeza).
OCULAR	De o perteneciendo al ojo.
<i>(ophthalmologist)</i> OPTALMOLOGO	Una rama de la ciencia médica que trata con las funciones, enfermedades y estructuras del ojo.
OPTIC-	Combinación de forma de definición; De o perteneciendo al ojo, la vista o visión.
ORAL	De o perteneciendo a la boca.
<i>(ortho-)</i> ORTO-	Combinación de forma de definición; Derecho, normal o correcto.
OSTEO-	Combinación de forma de definición; De o perteneciendo al hueso.
<i>(ostomy)</i> OSTOMIA	Procedimiento quirúrgico donde una apertura está hecha para permitir el paso.
OTIC- / OT-	Combinación de forma de definición: De o perteneciendo a la oreja.
<i>(output)</i> PRODUCCIÓN	La cantidad total de líquido sacada o vaciada del cuerpo.
<i>(paralysis / paralyses)</i> PARÁLISIS	Condición anormal caracterizada por la pérdida de función de los músculos, tono, o sensación.
<i>(patent)</i> PATENTE	Condición de estar abierto y destapado.
<i>(peak flow)</i> FLUJO MÁXIMO	Efectuar evaluaciones de la tasa máxima de flujo expiratorio.
<i>(percutaneous)</i> PERCUTÁNEO	Procedimiento efectuado a través de la piel para aspirar líquido por debajo de la piel.

<i>(peripheral)</i> PERIFERO	De o perteneciendo lo de afuera, superficie, o áreas que rodean.
<i>(pervasive developmental disorder - PDD)</i> DESORDEN DE DESARROLLO PERVASIVO	Niño/as que demuestran deterioro severo en reciprocación social, y comunicación verbal y no-verbal, o que demuestran comportamiento estereotipo, intereses, y actividades pero que no llenan el criterio de autismo. Llamado Desorden de Desarrollo Pervasivo.
PROGNOSIS	Una predicción del resultado probable de una enfermedad.
<i>(prone)</i> BOCA ABAJO	Acostarse boca abajo en el estomago.
<i>(pulse)</i> PULSO	Un movimiento de latido o vibración rítmico de sangre correspondiendo al latido del corazón.
<i>(reactive airway disease - RAD)</i> ENFERMEDAD REACTIVA DE VIA AEREAS	Asma inducido por irritantes.
RALES	Flujo de aire con humedad anormal, se oye cuando uno escucha a los pulmones durante la inspiración.
RENAL	De perteneciendo a los riñones.
<i>(reflux)</i> REFLUJO	Flujo anormal de líquidos hacia atrás.
<i>(respiration)</i> RESPIRACIÓN	Acto singular de inhalar y exhalar.
<i>(resuscitation)</i> RESUCITACIÓN	El proceso de mantener la funciones vitales durante los fallos respiratorios o cardiacos.
<i>(retinopathy of prematurity - ROP)</i> RETINOPATIA PREMADURA	Una desorden ocular, a veces en infantes prematuros, que ocurre cuando la retina incompleta vascularizada es caracterizada por una presencia de una membrana fibrosa detrás dl lente de cada ojo.
<i>(retractions)</i> RETRACCIONES	Hundimiento anormal de los tejidos suaves del pecho con el esfuerzo grande de respiración.
RHONCHI	Sonidos anormales en las vías aéreas causada por supuraciones , espasmos, o presión, un retumbo mas pronunciado durante la espiración que se puede aclarar con una tos.
<i>(rigidity)</i> RIGIDEZ	Una condición de dureza, tiesa, o inflexibilidad.
<i>(rupture)</i> RUPTURA	Un roto o desgarró en el tejido o órgano del cuerpo.
<i>(seclusion)</i> RECLUSIÓN	El aislamiento de un paciente para evitar el estímulo dañino.
<i>(scoliosis)</i> ESCOLIOSIS	Curvatura lateral de la espina dorsal.
<i>(scoliosis brace)</i> ABRAZADERA DE ESCOLIOSIS	Un armazón corporal usado para prevenir deformidades espinales progresivas.

<i>(secretions)</i> SUPURACIONES	Emisión de materiales, sea funcionalmente especializado (como saliva) o aislado para la excreción (como la orina).
<i>(sedation)</i> SEDACIÓN	Estado de inquietud, calmo o sueño inducido por medios de hipnotización medicamento.
<i>(self-injurious behavior - SIB)</i> COMPORTAMIENTO AUTO-DAÑINO	Causando daño al cuerpo de uno.
<i>(seizure threshold)</i> UMBRAL DE ATAQUE	El total de estímulo necesitado para causar ataques convulsivos.
<i>(septic shock)</i> IMPACTO SÉPTICO	Ocurre en septicemia cuando los endotoxinos son emitidos de la bacteria hacia la sangre.
<i>(side-lying)</i> ACOSTADO EN EL LADO	Acostarse en el lado, típicamente en posición fetal.
<i>(spina bifida)</i> ESPINA BIFIDA	Una hendidura congénita en la columna vertebral con hernias sobresalientes de los meninges y a veces de la cuerda vertebral.
STRIDOR	Un ruido respiratorio anormal musical causado por una obstrucción.
<i>(suctioning)</i> SUCCIONACIÓN	Eliminación de líquidos del cuerpo por un aparato de succión.
<i>(supine)</i> TUMBADO DE ESPALDAS	Acostado boca-arriba, en la espalda.
<i>(syndrome)</i> SÍNDROME	Señales, síntomas resultado de una causa común, presentan un retrato clínico.
<i>(tepid)</i> TIBIO	Moderadamente caliente al tocar.
TERMINAL	Una estructura o proceso; cerca o aproximándose al final.
<i>(tidal volume)</i> VOLUMEN PULMONAL	Volumen de aire que pasa a través de los pulmones en una respiración ordinaria y tiene un promedio de 500 centímetros cúbicos en un adulto humano normal masculino.
<i>(thermometer)</i> TERMOMETRO	Instrumento para medir la temperatura.
<i>(topical)</i> TÓPICO	Concierno a la superficie de la piel.
<i>(total parenteral nutrition - TPN)</i> NUTRICION PARENTERAL TOTAL	Nutrición administrada por la vena o parenteral (no a través del sistema digestivo).
<i>(toxicity)</i> TÓXICO	El nivel en que algo es venenoso.
<i>(tracheostomy)</i> TRAQUEOTOMIA	Una apertura (insición) hecha en el tejido del cuello hacia la tráquea.
<i>(traction)</i> TRACCIÓN	El proceso de poner un miembro, hueso, o músculo bajo tensión usando pesas para alinear, inmovilizar o aliviar presión.

<i>(transfusion)</i> TRANSFUSIÓN	Introducción de sangre al flujo sanguíneo.
<i>(transplant)</i> TRANSPLANTE	Transferir un órgano o tejido de una persona a otra.
TRAUMA	Herida física causada por una acción violenta o introducción de sustancias tóxicas.
TREMOR	Movimiento rítmico sin propósito.
TUMOR	Hinchazón o crecimiento resultando en condiciones inflamantes.
<i>(ulcer)</i> ULCERA	Una lesión en la piel o en la membrana mucosa.
<i>(unconscious)</i> INCONSCIENTE	No estar consciente de los entornos, incapaz de responder a estímulo sensorial.
<i>(universal donor)</i> DONANTE UNIVERSAL	Persona con sangre tipo "O" y factor Rh negativo.
<i>(urethra)</i> URETRA	Estructura tubular pequeña que desagüa el orine de la vejiga.
<i>(urinary)</i> URINARIO	Perteneciendo a la orina y a la formación del orine.
<i>(urticaria)</i> URTICARIO	Una desorden alérgica marcada por partes de la piel o membrana mucosa, usualmente acompañado por picor y es causado por contacto con un factor precipitante específico (como una comida, droga, o inhalante) sea interno o externo.
UVULA	Proceso pequeño en forma de cono que es suspendido en la parte de atrás de la boca.
<i>(vaccination)</i> VACUNACIÓN	Inyección de microorganismos para inducir inmunidad y/o reducir los efectos a una enfermedad.
VASCULAR	De o perteneciendo a los vasos sanguíneos.
<i>(ventricle)</i> VENTRICULOS	Cavidad pequeña lleno de CSF en el cerebro o los ventrículos izquierdos o derechos del corazón.
<i>(ventricle peritoneal shunt/VP-SHUNT)</i> VIA VENTRICULAR PERITONEAL	Tubería de silicona con un aparato valvular que divierte el CSF del ventrículo en el cerebro hacia la cavidad peritoneal en el abdomen.
VERTIGO	Sensación de movimiento en el cual el paciente se siente girando en su espacio.
<i>(voluntary)</i> VOLUNTARIO	Perteneciendo a una acción o pensamiento que sea resultado de la decisión o voluntad de la persona.
<i>(volume)</i> VOLUMEN	El total de espacio ocupado por el cuerpo, expresado en unidades cúbicas.
<i>(well-baby care)</i> CUIDADO DEL BIENESTAR DEL BEBE	Supervisión periódica de la salud del niño/a e infantes para promover el desarrollo óptimo, físico, emocional y intelectual.
<i>(wheeze)</i> RESUELO	Respiración difícil caracterizado por una calidad aguda musical.
<i>(withdrawal)</i> RETIRADA	Respuesta común del daño físico o estrés severo caracterizado por apatía, alertagación, depresión o retirada hacia uno mismo.

Tabla de Abreviación y Términos de Médicos



Términos Comumente Usados Que Pueden Ser Encontrados en Procedimiento o Direcciones Médicas	
Abreviación	Definición
QD	Una vez al día
BID	Dos veces al día
TID	Tres veces al día
QID	Cuatro veces al día
QOD	Cada otro día
Cc	Centímetros Cúbicos
cc/hr	Centímetros Cúbicos por hora
Mg	Fuerza
ml	Volumen o total
ED	Dosis efectivas
Gtts	Gotas
gtts/min	Gotas por minutos
PRN	Como es necesitado o necesario
MEq	Milliequivalentes
T.	Cucharada
Tsp	Cucharadita
Via	Ruta usada
PO	Oralmente
R	Rectal
IN	Intranasal
IM	Intramuscular
SC / sub Q	Subcutaneo
IV	Intravenosas
T	Temperatura
F	Fahrenheit
C	Centigrado
>	Mas grande que
<	Menos que
normal temp	98.6° F o 37° C (centigrado)
1 teaspoon	5 ml
1 ml	1 cc
2.2 pounds	1 kg
1 oz	2 T. o 6 tsp. o 30ml
1 tablespoon	1/2 oz o 3 cucharaditas o 15 ml
1 oz	29.53 ml / 30 cc
8 oz	240 ml
Otros / Encontrados	

Dosis Métricas y Equivalentes Apotecarios Aproximados

Médicas Líquidas		Peso	
Métrico (ml)	Equivalentes Aproximados	Pesométrico	Equivalentes Aproximados
1000 ml	1 cuarto	30 gramos (g)	1 onza
750	1-1/2 pinta	15 g	4 dramos
500	1 pinta	10	2-1/2
250	8 onzas líquidas	7.5	2
200	7 onzas líquidas	6	90 grains
100	3-1/2 onzas líquidas	5	75 grains
50	1-3/4 onzas líquidas	4	60 grains (1 gram)
30	1 onzas líquidas	3	45 grains
15	4 fluidramos	2	30 grains (1/2 gram)
10	2-1/2 fluidramos	1.5	22 grains
8	2 fluidramos	1	15
5	1-1/4 fluidramos	0.75	12
4	1 fluidramos	0.6	10
3	45 mínimos	0.5	7-1/2
2	30 mínimos	0.4	6
1	15 mínimos	0.3	5
0.75	12 mínimos	0.25	4
0.6	10 mínimos	0.2	3
0.5	8 mínimos	0.15	2-1/2
0.3	5 mínimos	0.125	2
0.25	4 mínimos	0.1	1-1/2
0.2	3 mínimos	75 mg	1-1/4
0.1	1-1/2 mínimos	60 mg	1
0.06	1 mínimo	50 mg	3/4
0.05	3/4 mínimo	40 mg	2/3
0.03	1/2 mínimo		
Distancia			
Métrico		Medidas de Costumbre en Los Estados Unidos	
25.4	Milimetro	1	Pulgada
0.305	Metros	1	Pie
0.916	Metros	1	Yarda
1	Centimetro	0.394	Pulgadas

Página de Seguro Médico



Nombre del Niño/a _____

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Servicio			Fecha de Servicio
	Pagador #1	Pagador #2	Pagador #3
Seguro Médico			
Fecha que la cuenta fue sometida			
Cantidad Pagada			
Fecha Pagada			
Balance			

Medical History Historia Médica

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____ SSN: _____
Nombre de niño/a: Fecha de nacimiento del niño/a: Número de seguro social:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección: Ciudad: Estado: Código:

Child lives with: Biological family Extended family Adoptive family Foster family Group home
Niño/a vive con: Los padres Otros familiares La familia adoptiva Cuidado de otra persona Hogar de niños

Parents/Primary Caregivers (Padres/Cuidaderos)

Name <i>Nombre</i>	Address/City/Zip <i>Dirección/Ciudad/Código</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Relationship <i>Relación</i>
		Day: <i>Día:</i> Evening: <i>Tarde:</i>	
		Day: <i>Día:</i> Evening: <i>Tarde:</i>	

Health Coverage (Aseguranza de salud)

Medi-Cal? No Yes Child's Medi-Cal number: _____ CIN: _____
No Sí El número de Medi-Cal del niño/a

Insurance information *Información sobre seguro médico:*

Name of Insured <i>Persona asegurada</i>	Insurance Company <i>Nombre de la compañía</i>	Address <i>Dirección</i>	Policy & Group Number (Medical Record #) <i>Número de la póliza</i>	Phone <i>Teléfono</i>

Medical Information (Información médica)

Current Diagnoses/Conditions *Diagnósticos presentes/condiciones* _____

Known Allergies - list any allergies and your child's reaction: *Alergias del niño/a y la reacción a éstas*

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____
Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Current Medications and Treatments (including Enteral Feeding)
Medicamentos y tratamientos (incluyendo alimento de tubo)

Date <i>Fecha</i>	Name of Medication or Treatment <i>Nombre de la medicina o el tratamiento</i>	Dose <i>Cantidad</i>	Time Meds Due <i>Hora para tomarla</i>	Route (how to give) <i>Cómo tomarla</i>

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____
 Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Vision and Hearing (*Visión y oído*)

Vision (*Visión*):

Last Date tested: _____ By whom/where: _____
 Fecha de la examinación: _____ Por quién/Adónde? _____

Results: _____
 Resultados: _____

- Glasses Contact lens Prothesis Other
Gafas Lentes de contacto Prótesis Otros

Hearing (*Oído*):

Last Date tested: _____ By whom/where: _____
 Fecha del último examen: _____ Por quién/dónde? _____

Test type/Results: _____
 Tipo de examen/resultados: _____

- Wears aids Right ear Left ear Both
Usa audífonos Oído derecho Oído izquierdo Los dos oídos

Therapies and Related Services (*Terapias y otros servicios*)

Therapy <i>Terapia</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Provider <i>Proveedor</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Start date <i>Fecha de comienzo</i>
Physical <i>Terapia física</i>				
Occupational <i>Terapia ocupacional</i>				
Speech <i>Terapia de lenguaje</i>				
Behavioral <i>Terapia de comportamiento</i>				
Other <i>Otra terapia</i>				

Durable Medical Equipment/Supplies (*Equipo y materiales de uso*)

Type <i>Tipo</i>	Provider <i>Proveedor</i>	Address <i>Dirección</i>	Telephone <i>Teléfono</i>	Start date <i>Fecha de comienzo</i>

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____
 Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Doctors/Specialists/Dentist (*Doctor/Especialistas/Dentista*)

Physician's Name <i>Doctor</i>	Specialty <i>Especialista</i>	Address <i>Dirección</i>	Telephone <i>Teléfono</i>

Family Medical History (*Historia médica familiar*)

Problem (<i>Problema</i>)	Name (<i>Nombre</i>)	Relation (<i>Relación</i>)
Allergies <i>Alergias</i>		
Behavioral <i>Comportamiento</i>		
Blood disorder <i>Desorden sanguíneo</i>		
Cancer <i>Cancer</i>		
Cardiovascular (heart condition) <i>Condición del corazón</i>		
Diabetes <i>Diabetes</i>		
Emotional <i>Emocional</i>		
Gastro-intestinal <i>Estómago-intestinal</i>		
Hearing Loss <i>Sordera</i>		
Learning <i>Aprendizaje</i>		
Mental Retardation <i>Mental retardo</i>		
Respiratory (lungs) <i>Respiratorio (pulmones)</i>		
Seizures <i>Ataques/Combulsiones</i>		
Speech and Language <i>Habla y lenguaje</i>		
Visual		
Other Otro:		

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____
Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Birth and Developmental History (*Historia del nacimiento y desarrollo*)

Mother's age at start of pregnancy: _____
Edad de la madre al comienzo del embarazo: _____

Complications/illnesses during pregnancy (*Complicaciones/enfermedades durante el embarazo*): _____

Delivery : Vaginal Cesarean Hospital: _____
Parto: Vaginal Por cesarea Hospital

Complications at delivery (*Complicaciones durante el parto*): _____

Birth weight: _____ Length: _____ Head circumference: _____
Peso al nacer Largo Circunferencia de la cabeza

Full term Premature at _____ weeks of gestation
Tiempo completo Prematuro a semanas de gestación

Apgar scores: 1 minute _____ 5 minutes _____

Age that baby _____ Rolled over? _____ Sat up? _____
Edad a la que su bebe Se dio vuelta? Se sentó?

Crawled? _____ Walked? _____
Gateó? Caminó?

Spoke first word? _____ Spoke first sentence? _____
Dijo la primera palabra? Dijo la primera oración?

Toilet trained? _____
Se enseñó ir al baño?

Age you first suspected your child had a problem? _____
Edad del niño/a en la que Ud. sospechó que el niño/a tenía problemas

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____
Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Immunizations (*Vacunas*) – or attach card

Immunization Vacuna	Date <i>Mes/Día/Año</i>	Date <i>Mes/Día/Año</i>	Date <i>Mes/Día/Año</i>	Date <i>Mes/Día/Año</i>	Date <i>Mes/Día/Año</i>	Reaction if any <i>Reacción</i>
Hepatitis B						
DTaP (Diphtheria, Tetanus and Pertussis)						
HIB (Haemophilus Influenza)						
IPV (Polio)						
MMR (Measles, Mumps and Rubella)						
Varicella (Chickenpox)						
Pneumococcal Conjugate						
Hepatitis A						
Influenza (Flu)						
Pneumococcal Polysaccharide						

Last TB Test: _____ Results: _____
Prueba de tuberculosis: _____ Resultados: _____

