

**Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos  
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil**

**Plan de atención médica/medicación**  
*-Para ser aprobado por un profesional médico-*

Fecha de hoy				
Nombre completo del niño				Fecha de nacimiento
Nombre del padre/madre/tutor				N.º de teléfono (      )
Proveedor de atención médica primaria				N.º de teléfono (      )
Proveedor especializado				N.º de teléfono (      )
Proveedor especializado				N.º de teléfono (      )
Diagnóstico(s)				
Alergias				
CUIDADO DE RUTINA				
<b>Medicamentos que se deben administrar en el cuidado del niño</b>	<b>Horario/Dosis (¿Cuándo y cuánto?)</b>	<b>Vía (¿Cómo?)</b>	<b>Motivo por el que se recetó</b>	<b>Posibles efectos secundarios</b>
Enumere los medicamentos que se administran en su casa:				
ADAPTACION(ES) NECESARIA(S)				
Describa cualquier adaptación (o adaptaciones) necesaria(s) que el niño necesite para sus actividades diarias y por qué:				
Dieta o alimentación: _____				
Actividades en el aula: _____				
Hora de siesta/dormir: _____				
Uso del inodoro: _____				
Viajes al aire libre o salidas de campo: _____				
Transporte: _____				
Para cambios de comportamiento: _____				
Comentarios adicionales: _____				
_____				

# PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NECESIDADES ESPECIALES

-continuación-

## EQUIPOS ESPECIALES/SUMINISTROS MÉDICOS

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## CUIDADOS DE EMERGENCIA

**LLAME A LOS PADRES/TUTORES** si se presentan los siguientes síntomas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LLAME AL 911 (SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)** si se presentan los siguientes síntomas, e igualmente póngase en contacto con los padres/tutores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TOME ESTAS MEDIDAS** mientras espera que lleguen los padres o la ayuda médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CAPACITACION ESPECIAL SUGERIDA PARA EL PERSONAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del profesional médico

Fecha

## NOTAS DE LOS PADRES (OPCIONALES)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Por este medio doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica o especialista de mi niño se comunique con el proveedor de cuidado infantil de mi niño para analizar cualquier información contenida en este plan de atención.*

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

**Importante:** Con el fin de garantizar la salud y la seguridad de su niño, es vital que cualquier persona implicada en la atención de su niño sea consciente de las necesidades de salud especiales del niño, los medicamentos que está tomando o las necesidades en caso de una emergencia sanitaria, y las medidas específicas que debe tomar en relación con las necesidades de salud especiales de su niño.