

Muestra del sistema de registro de información

Información para ser añadida al sistema de registro de su hijo

Sección I - Personal

A. Fotocopias de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de la Seguridad Social
- Tarjeta(s) de afiliación del niño al seguro médico (incluyendo *Medicaid* y *Medicare*)

B. Foto reciente (de hace menos de 1 año)

C. Diarios o registros de conducta

Sección II - Médica

A. Formulario de información básica

B. Fotocopias de los siguientes documentos:

- Registro de inmunizaciones
- Cualquier registro de diagnósticos médicos (informes de resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT Scans), etc.)
- Informe del examen físico más reciente del niño
- Cualquier informe de evaluaciones psicológicas
- Resúmenes de las altas médicas
- Correos electrónicos
-

C. Registros de conversaciones telefónicas y reuniones/conferencias con profesionales de la salud (doctores, psicoterapeutas, enfermeras, etc.)

D. Toda correspondencia con los profesionales de la salud (de ellos a usted y viceversa)

Tercera sección

A. Fotocopias de los siguientes documentos:

- Planes de educación especial
- Tarjetas de informe/de progreso escolar
- Todos los resultados de las evaluaciones (académicas o psicológicas) realizadas por la escuela.
- Correos electrónicos

B. Registros de las conversaciones telefónicas y las reuniones/conferencias con la escuela

C. Toda correspondencia con la escuela (a nivel local, estatal o federal) con las cartas que les ha enviado y las que ha recibido.

Cuarta sección - Crisis/ recaída

C. Plan para afrontar las crisis

D. Plan de recaída

Información Personal

Partida de nacimiento de su hijo

La mayoría de las veces va a necesitar un original por lo que es útil mantener uno aquí. Si prefiere guardar el original en otro lugar, mantenga una copia aquí.

**Copia de la tarjeta de
Seguro Social
de su hijo**

**Copia frontal de
la tarjeta de
seguro médico**

**Copia posterior de
la tarjeta de
seguro médico**

Foto de su hijo

**Debe ser una foto reciente
tomada en el último año.**

**Los niños cambian
rápidamente.**

Información Médica

Registro de Tratamiento Portátil

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padres:

Madre: _____ Teléfono: _____

Padre: _____ Teléfono: _____

Información de contacto alternativa en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación o parentesco con el niño: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Lugar: _____

Médico/pediatra de cabecera

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

Psiquiatra

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección del consultorio: _____

Otros profesionales de la salud mental (terapeutas, gestores de casos, psicólogos, etc.)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Tipo de profesional de la salud mental: _____

Dirección del consultorio: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Tipo de profesional de la salud mental: _____

Dirección del consultorio: _____

Fuente: Suzanne Vogel-Scibilia, *Young Families Crisis Course*.

Historial médico

Alergias a medicamentos:

Medicamentos	Reacción

Medicamentos psiquiátricos que producen reacciones adversas graves

Medicamentos	Reacciones adversas	Fecha aproximada en el que dejó de tomar el medicamento

Enfermedades principales

Enfermedad	Tratamiento	Estado actual

Procedimientos médicos importantes (cirugías, resonancias magnéticas (MRI, según sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CT Scans, según su abreviatura en inglés), etc.

Fecha	Procedimiento	Resultado

Fuente: Suzanne Vogel-Scibilia, *Young Families Crisis Course*.

Registro de la información médica actual

Diagnósticos

Fecha	Diagnóstico	¿Quién realizó el diagnóstico?

Hospitalizaciones en instituciones psiquiátricas

Fecha en que fue admitido	Razón de la hospitalización	Nombre del hospital o clínica	Fecha en que fue dado de alta

Fuente: Suzanne Vogel-Scibilia, *Young Families Crisis Course*.

En esta sección debe incluir copias de los siguientes documentos:

- Registro de vacunas
- Cualquier información de diagnóstico médico (resonancias magnéticas, tomografías, etc.)
- Examen físico actual (del último año)
- Todos los resultados de exámenes psicológicos

Documentación de conversaciones telefónicas/reuniones

Fecha de la comunicación: _____ Tipo de comunicación: teléfono
 en persona

¿Si esta comunicación fue en persona, estuvo su hijo presente? SÍ NO

Persona o agencia con la cual se comunicó: _____

Motivo de la comunicación: _____

Escriba una lista de todos los que participaron en la comunicación (sin incluirse a usted mismo o a su hijo)

Nombre	Posición/título

Comentarios:

Las copias de toda la correspondencia relacionada con el tratamiento de su hijo deben incluirse en esta sección. Por ejemplo:

- Cartas dirigidas a y remitidas por compañías de seguro médico
- Cartas dirigidas a y remitidas por proveedores de tratamiento médico

Información Escolar

Documentación de conversaciones telefónicas/reuniones

Fecha de la comunicación: _____ Tipo de comunicación: teléfono
 en persona

¿Si esta comunicación fue en persona, estuvo su hijo presente? SÍ NO

Persona o agencia con la cual se comunicó: _____

Motivo de la comunicación: _____

Escriba una lista de todos los que participaron en la comunicación (sin incluirse a usted mismo o a su hijo)

Nombre	Posición/título

Comentarios:

Toda la correspondencia relacionada con la experiencia escolar de su hijo debe incluirse en esta sección. Por ejemplo:

- Cartas dirigidas a y remitidas por el personal de la escuela
- Cartas dirigidas a y remitidas por el personal estatal de la escuela
- Cartas relativas a las reuniones del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés)
- Copias del Programa de Educación Individualizada (IEP)

Plan para las crisis & Plan de recaída

Plan para Afrontar las Crisis

Contacto en caso de emergencia #1: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Contacto en caso de emergencia #2: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Si la crisis es muy seria y necesita ayuda externa, estos son los pasos a seguir (incluya también quién se va a ocupar de los otros niños):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Plan de Recaída

Este plan deberá incluir los siguientes aspectos, acordados conjuntamente con el hijo:

¿Cómo nos damos cuenta de que estás enfermándote de nuevo? (Haga una lista con las señales y síntomas de la recaída)

1. _____
2. _____
3. _____

Pasos a tomar según los síntomas que surjan:

Cuando se presenta el primer nivel de los síntomas (No. 1 de la lista), haremos lo siguiente:

- d. _____
- e. _____
- f. _____

Cuando se presenta el segundo nivel de los síntomas (No. 2 de la lista), haremos lo siguiente:

- d. _____
- e. _____
- f. _____

Cuando se presenta el tercer nivel de los síntomas (No. 3 de la lista), haremos lo siguiente:

- d. _____
- e. _____
- f. _____

¿En qué punto se ha de considerar la hospitalización (a qué nivel de comportamiento ha de llegar el niño para pensar en eso?)

¿En qué punto se ha de considerar llamar a la policía (a qué nivel de comportamiento ha de llegar el niño para pensar en eso?)
