



Esta carpeta pertenece a:

Mi carpeta de cuidados

**UCDAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member



(Miembro de Children's Miracle Network Hospitals)

Mi carpeta de cuidados



“**Mi carpeta de cuidados**” es una herramienta para familias que tienen niños con necesidades médicas especiales. Use su “carpeta de cuidados” para:

- Llevar un registro de los medicamentos de su niño.
- Enumerar los números de teléfono de los proveedores de atención médica y recursos.
- Prepararse para las citas.
- Compartir información con los proveedores de atención médica de su niño.

La “carpeta de cuidados” es un cuaderno donde puede organizar la información médica, informes, consultas médicas y manuales escritos.

Cómo armar su “carpeta de cuidados”

PASO 1: **Decida qué quiere incluir en la “carpeta de cuidados”.** ¿Qué información busca más seguido? ¿Qué deben saber sobre su niño las personas que lo cuidan o lo atienden?

PASO 2: **Reúna la información que ya tiene,** como informes, hospitalizaciones y resultados de pruebas.

PASO 3: **Elija páginas del paquete de la “carpeta de cuidados”** que le gusten.

PASO 4: **Arme su “carpeta de cuidados”:** puede usar separadores con etiquetas o bolsillos para separar las páginas. Haga que sea fácil encontrar la información que necesita.

Puede imprimir páginas adicionales de la “carpeta de cuidados” del sitio web del UC Davis Children’s Hospital (Hospital Infantil de UC Davis): www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients_family_resources/Patient_and_Family_Education_A_to_Z/index.html

Puede descargar más paginas para su “carpeta de cuidados” de los siguientes sitios web:

Center for Children with Special Needs (Centro para Niños con Necesidades Especiales), Seattle Children’s y Washington State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Washington), Children with Special Health Care Needs Program (Programa para niños con necesidades médicas especiales): <http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook>

National Center for Medical Home Information (Centro Nacional de Información para Hogares Médicos), American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría): www.medicalhomeinfo.org/for_families/care_notebook

Mi calendario de actividades diarias: _____

Children's Miracle Network Hospitals member

(Miembro de Children's Miracle Network Hospitals)



Hora	Cuidado/actividad
Mañana	
Tarde	
Al anochecer	
Noche	





Mis medicamentos

Nombre, dosis, cuánto, con qué frecuencia y motivo por el que se indicó

Hora



a.m.

6

7

8

9

10

11

12

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

p.m.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

a.m.

1

2

3

4

5





Mis medicamentos

Nombre, dosis, cuánto, con qué frecuencia y motivo por el que se indicó

Hora



a.m.

p.m.

a.m.

6

7

8

9

10

11

12

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

1

2

3

4

5



Información acerca de mí

Mi nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento:	Fecha de hoy:
Información sobre mí:	
Mis fortalezas: (cosas que son fáciles para mí)	
Mis desafíos: (comunicación, alimentación, aprendizaje, movilidad, desenvolvimiento social, energía, comportamiento)	
Mi vida en la comunidad: (escuela, cuidado infantil, lugar de culto, mis lugares favoritos)	
Información sobre mi hogar y mi familia:	
Mi diagnóstico (diagnósticos):	
Mi salud general:	
Mis cirugías, procedimientos, análisis de laboratorio/estudios de diagnóstico anteriores:	

Información acerca de mí

Mi nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento:	Fecha de hoy:
Mis medicamentos/dosis actuales:	
Mis alergias:	
Cosas que debo evitar: (comidas, actividades y procedimientos)	
Mi equipo/tecnología de apoyo: (aparato ortopédico/ortesis, caminador, silla de ruedas, dispositivo de comunicación, oxígeno en el hogar, bomba de insulina, nebulizador, equipo de aspiración)	
Otras cosas que quisiera que sepa sobre mí:	
Formas en que puede ayudarme:	

Formulario de seguimiento de la dieta



**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member
(Miembro de Children's Miracle Network Hospitals)

FECHA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Alimentación por sonda							
Desayuno							
Almuerzo							
Cena							
Refrigerios							
Notas							

Calendario de alimentación de bebés con biberón/por sonda



Hora de alimentación	Alimentación con biberón	Alimentación por sonda	Pañales	Medicamentos
Recuerde agregar _____ ml de leche a la bolsa para preparar la sonda. Esto no es parte de la alimentación.				
 _____ a.m.				
_____ a.m.				
_____ p.m.				
_____ p.m.				
 _____ p.m.				
_____ p.m.		Agregue _____ ml a la bolsa y programe la bomba para administrar _____ ml por hora		
_____ p.m.		Agregue _____ ml a la bolsa y programe la bomba para administrar _____ ml por hora		



Recursos de apoyo para la familia

Empresa de artículos médicos: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

Empresa de artículos médicos: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

Cuidados a domicilio (atención en el hogar, salud pública, servicios por turno/de relevo): _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

Centro regional/otra organización de apoyo para el desarrollo: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

Otro: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

Otro: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____

En caso de emergencia

Actualizado el: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre:	Alergias:
Fecha de nacimiento:	Idioma principal/comunicación:
Domicilio particular:	
Padres/tutores:	Relación o parentesco:
Tel. del hogar:	Otros teléfonos:
Diagnóstico:	

Medicamentos	Dosis	Medicamentos	Dosis

Contacto de emergencia:	Relación o parentesco:	Teléfono:
-------------------------	------------------------	-----------

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Médico de atención primaria:	Teléfono:	Fax:
Especialista:	Teléfono:	Fax:
Especialista:	Teléfono:	Fax:

Seguro:

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre:	
Dirección:	Teléfono:

OTROS/SONDAS/DISPOSITIVOS

Las cosas más importantes que hay que saber sobre mi niño en caso de emergencia:

Contactos de emergencia

Nombre: Dirección:	Fecha de nacimiento: Números de teléfono:
Número de expediente médico: Hospital de preferencia:	Seguro: Información del titular de la póliza de seguro:
Información del padre/madre/tutor Nombre: Teléfono:	Información del padre/madre/tutor Nombre: Teléfono:
Información del contacto de emergencia Nombre: Relación o parentesco: Teléfono:	Información del contacto de emergencia Nombre: Relación o parentesco: Teléfono:
Información de contacto de los médicos	
Médico de atención primaria: Número de teléfono:	Médico especialista: Especialidad: Número de teléfono:
Médico especialista: Especialidad: Número de teléfono:	Médico especialista: Especialidad: Número de teléfono:
Médico especialista: Especialidad: Número de teléfono:	Médico especialista: Especialidad: Número de teléfono:

¿Cuál es el plan?

Nombre del niño: _____



Preguntas/inquietudes:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
¿De qué quiero hablar hoy? <ul style="list-style-type: none">• ¿Novedades?• ¿Inquietudes?			
¿Qué espero que pase? <ul style="list-style-type: none">• Hoy• Del médico• Para que yo (el paciente) haga			
¿Próximos pasos? ¿Qué se necesita hacer? <ul style="list-style-type: none">• Cambios en los medicamentos• Análisis de laboratorio• Equipos			
¿Quién hará esto? <ul style="list-style-type: none">• Paciente• Padres• Médicos• Enfermeros			
¿Para cuándo? (plazo de tiempo)			
¿Cómo haremos el seguimiento?			

