

Plan de atención individual para niños que reciben cuidado infantil

Individual Care Plan for Child in Child Care

El plan debe actualizarse cada año o cuando ocurra un cambio en las necesidades especiales del niño

Nombre completo del niño	Fecha de hoy
INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Nombre del padre/madre/tutor	Teléfono
Nombre del padre/madre/tutor	Teléfono
Proveedor de atención médica	Teléfono
Especialista (si lo hay)	Teléfono
Especialista (si lo hay)	Teléfono
NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO	
Diagnóstico, si se conoce:	
Síntomas y desencadenantes conocidos:	
Describa las modificaciones en actividades, conductuales o ambientales que se necesitan para el niño:	
Alergias (excepto a alimentos):	
En el caso de alergias a alimentos o necesidades especiales en la dieta debido a un trastorno médico, debe obtener instrucciones por escrito del proveedor de atención médica del niño (use la página 3 de este formulario o el formulario del proveedor de atención médica)	
MEDICAMENTOS (Debe contestarse un formulario de autorización de medicamento por cada medicamento).	
Escriba los medicamentos que deben administrarse a horas programadas y cómo deben administrarse.	
Escriba los medicamentos que deben administrarse en caso de emergencia y cómo deben administrarse.	
Describa los síntomas que indicarían que se necesita el medicamento de emergencia.	

Plan de atención individual para niños que reciben cuidado infantil

Individual Care Plan for Child in Child Care

El plan debe actualizarse cada año o cuando ocurra un cambio en las necesidades especiales del niño

PLAN DE RESPUESTA A EMERGENCIAS

Escriba los pasos y procedimientos que debe seguir el proveedor de enseñanza temprana durante una emergencia que se relacione con la necesidad especial de su niño.

CAPACITACIÓN SUGERIDA PARA EL PERSONAL

Escriba la capacitación o preparación en habilidades especiales que se sugiere para el personal del programa de enseñanza temprana.

DOCUMENTACIÓN DE SUSTENTO

Adjunto la documentación de sustento a este plan de atención individual, incluyendo cualquier plan educativo individual (IEP), plan de salud individual (IHP), plan 504 o plan de servicios familiares individualizados (IFSP) que existan. WAC 110-300-0300 exige que el proveedor de enseñanza temprana cuente con documentación de sustento de las necesidades especiales del niño, provista por un profesional autorizado o certificado que atienda al niño, tales como:

- (i) Médico o asistente médico
- (ii) Profesional de la salud mental
- (iii) Profesional educativo
- (iv) Trabajador social con un grado de licenciatura o superior y con especialización en las necesidades individuales del niño; o
- (v) Enfermero registrado o enfermero profesional registrado avanzado

FIRMAS

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Firma del proveedor de enseñanza temprana

Fecha

Firma del proveedor de atención médica
(recomendada)

Fecha

Esta sección debe ser llenada por el padre, la madre o el tutor del niño, si corresponde:

Por este medio otorgo mi permiso para que _____ preste

(nombre del profesional médico o especialista visitante)

servicios a mi niño en este programa de enseñanza temprana.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Plan de atención individual para niños que reciben cuidado infantil

Individual Care Plan for Child in Child Care

El plan debe actualizarse cada año o cuando ocurra un cambio en las necesidades especiales del niño

ALERGIAS A ALIMENTOS o NECESIDADES ESPECIALES EN LA DIETA

Esta página debe ser llenada y firmada por el proveedor de atención médica y el padre, la madre o el tutor del niño.

Nombre completo del niño:		Fecha de hoy:
Alimentos que el niño no debe consumir (escriba cada alimento por separado)	Alimentos sustitutos apropiados	
Describa las reacciones alérgicas y los síntomas relacionados con las alergias específicas de este niño.		
Describa el plan de tratamiento que debe seguir el proveedor de enseñanza temprana en respuesta a una reacción alérgica del niño (incluya los nombres de los medicamentos, sus dosis e instrucciones de administración).		
Otras necesidades especiales en la dieta debido a un trastorno médico.		

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha