



# MI CARPETA DE ATENCIÓN MÉDICA



Añade tu foto

Nombre del niño

Nombre del niño



National Association of  
Pediatric Nurse Practitioners<sup>SM</sup>  
Children and Youth with Special  
Health Care Needs SIG

# Cómo usar su carpeta de atención médica



Una carpeta de atención médica es una herramienta organizativa para familias que crían a niños con necesidades especiales de atención médica. Esta carpeta puede utilizarse para ayudar a llevar un registro de la información médica importante de su hijo y para prepararse para consultas médicas, hospitalizaciones programadas y emergencias. Además, esta carpeta puede usarse para comunicarse con otros cuidadores y para educar a profesionales médicos que no conocen a su hijo tan bien como usted.

Esta carpeta de atención médica está diseñada para apoyarlos a ustedes, la familia, en el cuidado de su hijo con complejidad médica. Siéntase libre de usar tantas secciones como le resulten útiles; no es obligatorio usar todas. Esta es una plantilla editable y se le anima a personalizarla agregando fotos, secciones adicionales y toques personales.

## PASO 1

Piense en la información que le gustaría incluir en su carpeta de atención médica. ¿Qué tipo de información necesita más? ¿Qué es importante que otras personas sepan sobre su hijo?

## PASO 2

Reúna la información médica de su hijo. El expediente médico electrónico de su hijo puede ser un recurso útil para obtener esta información. Es probable que la escuela de su hijo y los programas de apoyo comunitario le hayan enviado por correo electrónico documentos con información que puede ser útil.

## PASO 3

Elija qué secciones de esta plantilla le gustaría usar. Puede imprimirlas y escribir la información a mano o escribirla en las secciones proporcionadas. Si la completa de manera electrónica, no dude en modificar las secciones.

## PASO 4

Una vez que haya completado las secciones deseadas, puede armar su carpeta de atención médica. Tal vez desee usar separadores para dividir las secciones, lo que facilitará encontrar la información que necesita.

## PASO 5

Su hijo está creciendo y las necesidades médicas suelen cambiar con el tiempo. Si completa estos formularios de manera electrónica, puede guardarlos en su disco duro y editarlos tan seguido como desee para mantener su carpeta de atención médica actualizada.

# Todo sobre mí



Mi nombre es	
También me gusta que me llamen	
Mi cumpleaños es	
Mi dirección es	
Vivo con	
Me comunico por	
Mis cosas favoritas son	
Las cosas que no me gustan son	
Las cosas que me consuelan cuando estoy triste son	
Las cosas que me ayudan cuando tengo dolor son	

# Mi día típico



Rutina de la mañana	
Rutina de la tarde	
Rutina de la noche	
Rutina antes de dormir	
Rutina durante la noche	







# Mis proveedores de atención médica



## Mi equipo de atención primaria

Nombre(s) del proveedor	
Dirección de la clínica	
Número de teléfono	
Fax	
Correo electrónico	

## Mi equipo de atención especializada

Nombre(s) del proveedor	Especialidad	Número de teléfono



## Mis proveedores de atención médica (Página 2)

Mi equipo de enfermería de cuidado privado	
Empresa	
Número de teléfono	
Enfermero(s) / Enfermera(s)	
Empresa	
Número de teléfono	
Enfermero(s) / Enfermera(s)	

Mi terapia ambulatoria	
Empresa	
Dirección	
Número de teléfono	
Fax	

Mi equipo de terapia	
Terapeuta físico / Fisioterapeuta	
Terapeuta ocupacional	
Terapeuta del habla / Logopeda	
Terapia ABA	
Terapeuta conductual	

# Mi información sobre medicamentos



Mi farmacia	
Nombre	
Dirección	
Número de teléfono	

Mis alergias a medicamentos	
Medicamento	Reacción

Mis medicamentos				
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia	Prescriptor



# Mi equipo médico



Mis empresas de equipos médicos duraderos	
Nombre de la empresa	
Dirección	
Teléfono/Correo electrónico	
Nombre de la empresa	
Dirección	
Teléfono/Correo electrónico	
Nombre de la empresa	
Dirección	
Teléfono/Correo electrónico	

Mi equipo actual		
Tipo	Empresa de equipos médicos duraderos	Fecha de recepción



# Información de mi escuela



Nombre de la escuela	
Dirección	
Número de teléfono	
Fax	
Correo electrónico	

Miembro del equipo	Nombre	Teléfono	Correo electrónico
Maestro / Maestra			
Asistente educativo			
Fisioterapeuta / Terapeuta física			
Terapeuta ocupacional			
Terapeuta del lenguaje			
Trabajador(a) social			
Enfermero / Enfermera			
Director / Directora			
Director(a) del programa			
Psicólogo / Psicóloga			

Mi Plan de Educación Individualizado (IEP)	
Clasificación Escolar	
Última Evaluación Trienal	
Fecha de la Última Reunión del IEP	
Último Plan de Conducta	

# Mi plan de seguro y conexiones comunitarias



Mi seguro principal	
Compañía de seguros	
Dirección	
Número de teléfono	
Titular del plan de seguro	
Fecha de nacimiento del titular	
Nombre del empleador	
Número de póliza	
Número de grupo	

Mi seguro secundario	
Compañía de seguros	
Dirección	
Número de teléfono	
Titular del plan de seguro	
Fecha de nacimiento del titular	
Nombre del empleador	
Número de póliza	
Número de grupo	

Mi agencia de apoyo comunitario	
Nombre de la agencia	
Dirección	
Número de teléfono	
Fax	
Persona de contacto	
Nombre de la agencia	
Dirección	
Número de teléfono	
Fax	
Persona de contacto	

# Mi plan de nutrición



Obtengo mi nutrición a través de	
Mis alimentos favoritos son	
Los alimentos que no me gustan son	
Mis alergias alimentarias son	
Mi último estudio de deglución fue	
Mis instrucciones especiales de alimentación son	

## Información de mi sonda

Tamaño de la sonda	
Fabricante de la sonda	
Programa de cambio de la sonda	
Proveedor de la sonda	

## Información sobre mi fórmula

Fórmula	
Cantidad por alimentación	
Horario de alimentación	
Velocidad de la bomba de alimentación / Bolo	
Proveedor de la fórmula	

## Mi equipo de nutrición

Nombre del dietista	
Teléfono/Correo electrónico del dietista	
Nombre del terapeuta de alimentación	
Teléfono/Correo electrónico del terapeuta de alimentación	

# Mi plan de citas médicas



Fecha de la cita	
Tipo de cita	
Proveedor médico	
Ubicación/Dirección	
Número de teléfono	

Temas a tratar en la cita	
Necesidad de recarga de medicamentos	
Plan discutido	
Pruebas/procedimientos solicitados	
Próxima cita de seguimiento	



# Mi Plan de Manejo de Emergencias



Guion para llamar al 911	
--------------------------	--

Fecha de finalización	
Directiva anticipada / Estado del código	
Nombre del niño/la niña	
Fecha de nacimiento	

Padre/Madre/Tutor legal	
Firma / Consentimiento	
Idioma principal	
Contacto de emergencia	
Números de teléfono	



## Mi Plan de Manejo de Emergencias (Página 2)

Mis proveedores médicos	
Proveedor de atención primaria	
Contacto de emergencia del proveedor de atención primaria	
Proveedor especialista y función	
Contacto de emergencia del especialista	
Sala de emergencias prevista/preferida	
Hospital previsto/preferido	

Mis problemas y preocupaciones previas más comunes	
Problema o preocupación	
Pruebas previas útiles	
Recomendaciones previas	

## Mi Plan de Manejo de Emergencias (Página 3)

Mis líneas, dispositivos, drenajes y tubos

Mis necesidades de transporte y restricciones de posicionamiento

Mi plan de manejo del dolor

Mi plan de diagnóstico, tratamiento y seguimiento



Mi lista de equipaje	
Medicamentos	
Suministros médicos	
Artículos de confort	
Ropa para el niño/la niña	
Ropa para el cuidador/a	
Artículos de higiene personal	
Entretenimiento	
Otros artículos importantes	

## Mis hospitalizaciones programadas (Página 2)

Fecha de hospitalización	
Ubicación	
Motivo de ingreso	

Mis preguntas para el equipo		
Rol	Preguntas	Notas

Mi Plan de Atención



Contacto de la agencia de cuidado en el hogar


Mis cambios en la atención y el horario tras la hospitalización (nuevos medicamentos, diagnóstico, intervenciones necesarias)


Mis necesidades de equipo médico duradero (EMD) y agencia, si corresponde


Mis notas sobre el plan de alta y tareas de seguimiento


# Mi sistema neurológico



Mis diagnósticos neurológicos	
Mi equipo de neurología	

Mis convulsiones	
¿Cómo se ven mis convulsiones?	
¿Con qué frecuencia tengo convulsiones normalmente?	

Mis medicamentos diarios para las convulsiones			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

Mis medicamentos de rescate para convulsiones			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

## Mi sistema neurológico (Página 2)

Mi derivación	
Mi equipo de neurocirugía	
Mi tipo de derivación (VA, VP, etc.)	
Señales de que mi derivación no funciona correctamente	

Mi espasticidad / distonía del tono	
Mi equipo de manejo de espasticidad	
Mi tono muscular basal	
Mi plan de manejo de espasticidad	

Mis dispositivos para el manejo del tono	

Mis medicamentos para el manejo del tono			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

## Mi sistema neurológico (Página 3)

Mi inestabilidad autonómica	
Mi equipo de manejo	
Mi temperatura basal	
Razón por la que la temperatura está fuera de este rango	
Qué hacer cuando tengo frío	
Qué hacer cuando tengo calor	
Mi frecuencia cardíaca basal (FC)	
Razón por la que la frecuencia cardíaca está fuera de este rango	
Qué hacer cuando la frecuencia cardíaca está por debajo de lo basal	
Qué hacer cuando la frecuencia cardíaca está por encima de lo basal	
Mi presión arterial basal (PA)	
Razones por las que la presión arterial está fuera de este rango	
Qué hacer cuando la presión arterial es alta	
Qué hacer cuando la presión arterial es baja	

Cuándo llamar a mi equipo de manejo	
Cuándo buscar atención de emergencia	

# Mi sistema de oído, nariz y garganta (ENT)



Mis diagnósticos de ENT	
Mi equipo de ENT	
Mi audiólogo/a	

Información sobre mi traqueostomía	
Tamaño y tipo de traqueostomía	
Tipo de cinta / sujeción	
Horario de cambio del tubo	
Tamaño del catéter de succión	
Profundidad de succión	
Cuidado de la traqueostomía	

Mi dispositivo auditivo



# Mi sistema pulmonar



Mis diagnósticos pulmonares	
Mi equipo de neumología	

Mis medicamentos pulmonares			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

Mi programa de limpieza pulmonar	
Tipo	Con qué frecuencia

Mi soporte respiratorio	
Fabricante/Modelo	
Proveedor	
Configuraciones	
Configuraciones para enfermedad	

Mi plan pulmonar para enfermedad

# Mi sistema cardíaco



Mis diagnósticos cardíacos	
Mi equipo de cardiología	

Mis medicamentos cardíacos			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

Mis dispositivos cardíacos

Mi plan de profilaxis para endocarditis bacteriana subaguda (SBE)



# Mi sistema gastrointestinal



Mis diagnósticos gastrointestinales	
Mi equipo gastrointestinal	
Mi nutricionista	

Información de mi sonda de alimentación	
Tamaño de la sonda	
Fabricante de la sonda	
Programa de cambio de la sonda	
Proveedor de la sonda	
Proveedor encargado / médico responsable	

Información de mi fórmula	
Fórmula	
Cantidad por alimentación	
Horario de alimentación	
Plan para días de enfermedad	
Velocidad de la bomba / bolo	
Proveedor de la fórmula	

## Mi sistema gastrointestinal (Página 2)

Mis medicamentos gastrointestinales			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

Mi plan de nutrición	
Recibo mi nutrición por:	Boca    NJ    NG    GT    JT    GJT    CVL
Mis comidas favoritas son	
Las comidas que no me gustan son	
Mis alergias alimentarias son	
Mi última prueba de deglución fue	
Mis instrucciones especiales de alimentación son:	

## Mi sistema gastrointestinal (Página 3)

### Mi manejo intestinal

Mi patrón intestinal habitual  
Ejemplo: Frecuencia, consistencia, cantidad

### Mi colostomía

Tipo de dispositivo

Horario de cambio

Cuidado del estoma

### Mi cecostomía/Malone

Tamaño del tubo

Fabricante

Horario de cambio del tubo

Proveedor del tubo

Régimen de lavado / Enjuague

### Mis medicamentos intestinales

Nombre

Ruta

Cantidad

Con qué frecuencia

# Mi sistema renal y urinario



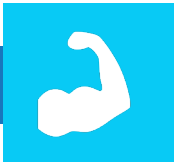
Mis diagnósticos de nefrología/urología	
Mi equipo de nefrología	
Mi equipo de urología	

Mis drenajes (ileovesicostomía, Mitrofanoff, catéter uretral)	
Tipo/Tamaño	
Horario del catéter	
Horario de irrigación	

Mis medicamentos para riñón y vejiga			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia



# Mi sistema musculoesquelético



Mis diagnósticos musculoesqueléticos	
Mi equipo de cirugía ortopédica	
Mi equipo de medicina física y rehabilitación	
Mis precauciones especiales	

Mi equipo musculoesquelético		
Tipo	Empresa / Fabricante	Fecha de recepción



# Mi sistema dermatológico



Mis diagnósticos dermatológicos	
Mi equipo de dermatología	
Mi equipo de cirugía plástica	
Mi proveedor de manejo de heridas	

Mis heridas	
Tipo	
Ubicación	
Cuidado	



Escanee para ver un Plan de Eccema desarrollado por el Grupo de Interés Especial en Dermatología de NAPNAP.



# Mi sistema endocrino



Mi sistema endocrino	
Mi equipo de endocrinología	

Mi monitoreo de la diabetes	
Tipo de diabetes	
Objetivos de glucosa en sangre	
Frecuencia de controles de glucosa	
Motivos para llamar a endocrinología	
Motivo para buscar atención de emergencia	
Proveedor de suministros	

Mis medicamentos para la diabetes			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia



## Mi sistema endocrino (Página 2)

Mi monitoreo de la diabetes insípida	
Objetivos de sodio	
Frecuencia de los controles de sodio	
Lugar del laboratorio	
Monitoreo de la producción de orina	
Razones para llamar a Endocrinología	
Razones para buscar atención de emergencia	

Mis medicamentos para la diabetes insípida			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

## Mi sistema endocrino (Página 3)

Mi monitoreo de insuficiencia suprarrenal	
Razones para iniciar la administración de dosis por enfermedad	
Razones para administrar dosis de emergencia	
Razones para llamar a Endocrinología	
Razones para buscar atención de emergencia	

Mis medicamentos para insuficiencia suprarrenal				
	Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia
Dosificación de esteroides fisiológicos				
Dosificación por enfermedad				
Dosificación de emergencia				

# Mi salud mental



Mis diagnósticos de salud mental	
Mi equipo de psicología	
Mi equipo de psiquiatría	

## Mis medicamentos psiquiátricos

Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia

## Mi plan de manejo de conductas

Empty space for writing the behavioral management plan.



# Mi información sobre el sueño



## Mi higiene del sueño

Rutina antes de dormir	
Objetos de confort	
Entorno (Ejemplo: luces, sonidos)	
Hora de dormir	
Hora de despertar	

## Mis medicamentos para el sueño

Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia	Prescribir

## Mi ventilación no invasiva con presión positiva (NIPPV)

Tipo de NIPPV (BiPAP vs. CPAP)	
Fabricante	
Configuraciones / Ajustes	
Interfaz	
Proveedor	
Mi equipo de medicina del sueño	

# Mi manejo del dolor



Mis diagnósticos de dolor	
Mi equipo de manejo del dolor	
Mi equipo de cuidados paliativos	

Ubicaciones comunes del dolor	
Signos de dolor	
Intervenciones no farmacológicas (Ejemplo: masaje, cambios de posición)	
Objetos de confort	

Mis medicamentos para el dolor			
Nombre	Ruta	Cantidad	Con qué frecuencia