

Ley Integral de Adicción y Recuperación (CARA)

Plan de Cuidado - PARTE A

REPRESENTANTE DEL HOSPITAL, para todos los infantes conocidos o con causa razonable para creer que nacen con un trastorno del espectro alcohólico fetal, afectados por el uso de sustancias o que experimentan síntomas de abstinencia de una sustancia como resultado de la exposición a las sustancias en el útero, por favor:

1. Completar el Plan de Cuidado con la familia o cuidador del infante;
2. Proveer una copia de la **Parte B** del Plan a la familia o cuidador del infante; y
3. Proveer una copia de **Parte A y B** del Plan a DPBH dentro de las **24 horas** del alta hospitalaria del infante.

Sección I Información del Hospital

Nombre del Hospital:

Médico de Atención Primaria del Hospital:

Fecha Actual de Alta del Infante:

Nombre y Título de la persona completando formulario:

Núm. Teléfono: ()

Sección II: Información del Infante

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Sexo:

Edad gestacional en el momento de nacimiento (semanas):

Peso de nacimiento:

(lbs)

(oz)

Puntaje Apgar (1 min.)

(5 min.)

Circunferencia de cabeza:

(cm)

¿Complicaciones relacionadas con la exposición del recién nacido? Si No – Si es así, por favor anote:

¿Se inició lactancia materna? Si No - Si no, por favor anote:

¿Se inició intervención no-farmacológica? Si No – Si es así, por favor anote:

Sección III: Notificación a los Servicios de Protección Infantil y Colocación del Infante

¿Fue hecha una notificación a los servicios de protección infantil? Si No- Si es así, Numero de Referencia CPS:

¿Fue el infante colocado con un cuidador que no sea un padre? Si No - Si es así, completar la siguiente Sección IV.

Sección IV: Información del Cuidador (Completar esta sección si el(la) infante ha sido colocado con un cuidador que no sea un padre)

Primer Nombre:

Apellido:

Núm. Teléfono: ()

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Sección V: Información de la Madre

Primer Nombre:

Apellido:

Núm. Teléfono: ()

Numero Seguro Social:

Fecha Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Sección VI: Cuidado Pre-Natal y Salud Conductual de la Madre

¿Cuidado Prenatal? Si No – Si es así, a las cuantas semanas fue su visita inicial? (edad gestacional):

¿Reporte de Toxicología? Si No – Si es así, por favor adjunte el reporte de toxicología.

¿Historial de Salud Conductual? Si No – Si es así, por favor anote:

Sección VII: Información del Padre

Primer Nombre:

Apellido:

Núm. Teléfono: ()

Numero Seguro Social:

Fecha Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Marque aquí si el domicilio del padre es igual que el domicilio de la madre

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Sección VIII: Exposición a Sustancias de la Madre	
¿Está la madre dispuesta a hablar sobre su exposición a sustancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Marque todo lo que aplique	Método de uso
<input type="checkbox"/> Alcohol	N/A
<input type="checkbox"/> Barbitúricos	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, PCP/polvo de angel-angel dust)	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Inhalantes (gasolina, pegamento, laca para el cabello, otros aerosoles)	<input type="checkbox"/> Inhalación
<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando <input type="checkbox"/> Tópico
<input type="checkbox"/> Metanfetaminas/ Anfetaminas (hielo-ice, meta-crank, cristal-crystal, uppers, anfeta-speed)	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Opioides - No-Prescritos (fentanilo, heroína, hidrocodona, oxicodona, metadona) Si otros, por favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Opioides - Prescritas (buprenorphine (Subutex/Suboxone), fentanilo, hidrocodona, oxicodona, metadona) Si otro, por favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Estimulantes (Adderall, Ritalin)	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Sintéticos (Sales de Baño, E, Éxtasis, K2, MDMA, Molly, Spice) Si otro, por favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Uso de Tabaco	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Mascando tabaco <input type="checkbox"/> Productos Eléctricos de Nicotina
<input type="checkbox"/> Tranquilizantes (downers, ludes) Si otro, por favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Venta Libre (sin recetas)	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
<input type="checkbox"/> Otro, por favor de especificar	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fumando
Cualquier nota, si corresponde al caso:	

Plan de Cuidado CARA - PARTE B

La familia/cuidador del infante y el representante del hospital completaran PARTE B juntos.

Sección I: Referencias, Educación, y Plan de Cuidado

Tipo of referencia/educación necesaria:	Actual	Nuevo	N/A	Persona/Organización e Información de Contacto
Guardería y programa Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud Anticonceptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención Temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Educación, Empleo, Asistencia Legal y Financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia de Comida, Ropa, Vivienda, Energía, Transportación y Refugio de Emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información de Hepatitis B y C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita a Domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia de Seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Educación de Lactancia Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupos de Crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Educación de la Depresión Post-Partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuidado de Relevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Dormir Seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Uso de Substancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios Tribales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro – por favor anote:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿La madre estuvo envuelta con servicios antes de dar a luz? Si No – Si es así, por favor anote:

Sección II: Otros Participantes en el Plan de Cuidado CARA

¿Quién más aparte de la madre/el padre/cuidador participara en el Plan de Cuidado?

Nombre:	Núm. Teléfono: ()
Relación con el infante: <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> compañero de vivienda <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro – si es otra relación, por favor anotar:	
Firmas:	
Padre/Cuidador (Parent/Caregiver):	Personal (Staff):
Fecha de la Firma:	Fecha de la Firma: