



Plan de atención segura para madres, bebés y familias de Wyoming

____ Plan Prenatal ____ Plan inicial ____ Plan actualizado Fecha de finalización del PoSC: _____

**Este plan vence 1 año después de la fecha de finalización*

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento/fecha de parto: _____

Proveedor de atención primaria para bebés: _____ Miembro del equipo de atención al paciente: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Información del contacto	Edad	Relación con el/la bebé
Madre:			

APOYOS IDENTIFICADOS

--

FORTALEZAS y METAS (por ejemplo, lactancia materna, alimentación con biberón, crianza de los hijos, alojamiento, dejar de fumar, sobriedad)

--

Exposición prenatal:

- ☐ Metadona/Buprenorfina ☐ Benzodiazepinas recetadas ☐ Alcohol ☐ Fentanilo
☐ Opioides recetados ☐ Marihuana ☐ Anfetaminas ☐ Otro: _____

PLAN DEL PARTO Y ALTA

Lugar del parto: _____
Persona(s) de apoyo laboral: _____
En caso de emergencia, ¿quién cuidaría a su bebé?
Nombre(s): _____ Número de teléfono: _____
DIRECCIÓN: _____

PLAN DE SEGURIDAD Y BIENESTAR

☐ N/A

--

Plan de atención segura para madres, bebés y familias de Wyoming

SALUD Y BIENESTAR DEL BEBÉ/NIÑO

Necesidades infantiles identificadas:

SERVICIOS PARA EL BEBÉ/NIÑO

	Involucrados actualmente	Remisión necesitada	¿Quién presta o prestará el servicio?	Remisión de forma cordial: S o N	POSC enviado S o N
Especialistas médicos					
Centro de desarrollo infantil					
WIC					
Seguro médico					

Notas:

EDUCACIÓN PARA EL CUIDADO SEGURO DEL BEBÉ

Discutido con el cuidador:	Sí	No	Notas:
Sueño seguro			
Cuidado de los niños			
Nutrición/alimentación			
Estrategias/técnicas para el cuidado del bebé afectado por sustancias			

SALUD Y BIENESTAR DE LA MADRE

Necesidades identificadas para la madre:

SERVICIOS PARA LA MADRE

	Involucrados actualmente	Remisión necesitada	¿Quién presta o prestará el servicio?	Remisión de forma cordial: S o N	POSC enviado S o N
Atención prenatal					
Cuidado posparto					
Evaluación del uso de sustancias					
Tratamiento por uso de sustancias					
Oficina de salud pública					
Salud mental					
Tratamiento asistido por medicación					
Seguro médico					
Especialista en apoyo entre pares					
Planificación familiar					
WYHealth					
Visitas domiciliarias para la primera infancia					
Prevención de recaídas					

Notas:

Plan de atención segura para madres, bebés y familias de Wyoming

SALUD Y BIENESTAR DE OTROS CUIDADORES

Necesidades identificadas:

SERVICIOS PARA OTROS CUIDADORES

	Involucrados actualmente	Remisión necesitada	¿Quién presta o prestará el servicio?	Remisión de forma cordial: S o N	POSC enviado S o N
Evaluación del uso de sustancias					
Tratamiento por uso de sustancias					
Tratamiento asistido por medicamentos (MAT)					
Tratamiento de salud mental					
Seguro médico					
Especialista en apoyo entre pares					

Notas:

SALUD Y BIENESTAR DE OTROS NIÑOS

Necesidades identificadas:

SERVICIOS

	Involucrados actualmente	Remisión necesitada	¿Quién presta o prestará el servicio?	Remisión de forma cordial: S o N	POSC enviado S o N
Proveedor de atención primaria					
Especialistas médicos					
Servicios/evaluación del desarrollo					
WIC					
Seguro médico					

Notas:

FIRMA DEL PADRE/CUIDADOR

Al firmar a continuación, la madre, el padre u otros cuidadores reconocen que el Plan de atención segura ha sido preparado, revisado y discutido en profundidad. Se reconoce que este plan, en su totalidad, se compartirá con los proveedores de servicios enumerados anteriormente según lo dispuesto por W.S. 35-2-1401(d) y 45 CFR 164.512(a)(1). La madre, el padre u otros cuidadores reconocen por la presente que se realizarán las derivaciones enumeradas anteriormente y confirman que han recibido una copia del documento del Plan de atención segura.

Firma: _____ Fecha: _____
 Firma: _____ Fecha: _____
 Firma: _____ Fecha: _____

SIGNATURA DEL MIEMBRO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Al firmar a continuación, reconozco que ayudé a los padres/cuidadores mencionados anteriormente en el desarrollo de este Plan de atención segura y les proporcioné una copia del POSC.

Firma: _____ Fecha: _____

Información del contacto: