



Cuido Apoyado para Madres y Bebés

I. Plan de Cuido Seguro (PCS)	
<p>Este PCS, lo cual se debe crear de manera colaborativa con la madre y otros cuidadores de el/la bebé, reafirma los apoyos que ya existen y coordina referencias a servicios nuevos para ayudar que los bebés y sus familias estén sanos y salvos cuando se van del hospital. Es obligatorio que le den este plan a la madre cuando le den de alta y el plan debe ser mandado al proveedor de cuidados primarios de el/la bebé con su historia médica. Proveedores de servicios médicos deben motivar a las madres que comparten el PCS con los que le proveen o van a proveerle servicios y apoyos. El PCS incluye información de salud privada. Para una versión electrónica, visita a: https://nhcenterforexcellence.org/governors-commission/perinatal-substance-exposure-task-force/plans-of-safe-care-posc/.</p>	

II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
Nombre de madre:	Proveedores de servicios médicos de la madre:
Nombre de padre:	Proveedores de servicios médicos de el/la bebé:
Nombre de bebé:	Fecha de ingreso al hospital de la madre:
Nombre de otro cuidador de bebé (si es pertinente):	Fecha de alta del hospital de la madre:
Fecha de nacimiento de bebé:	Fecha de alta del hospital de el/la bebé:
Número de teléfono de la madre:	Número de teléfono de padre:
Seguro médico de la madre:	Número de teléfono de otros cuidadores de bebé:
Dirección de hogar actual:	

III. APOYOS ACTUALES (por ejemplo: pareja/esposo/a, familia/amistades, terapeuta, comunidad espiritual o de fe, comunidad de recuperación, etc.)

IV. FORTALEZAS Y METAS (por ejemplo: lactancia materna, crianza de los hijos, alojamiento, el dejar de fumar, estar recuperada)

V. MIEMBROS DE HOGAR					
Nombre	Parentesco con el/la bebé	Edad	Nombre	Parentesco con el/la bebé	Edad

VI. CONTACTO PARA CUIDADO INFANTIL DE EMERGENCIA / OTROS APOYOS PRIMARIOS		
Nombre	Parentesco con el/la bebé	Número de teléfono

VII. NOTAS/AYUDA NECESITADA (por favor de incluir fecha y hora)

VIII. SERVICIOS, APOYOS, Y REFERENCIAS NUEVAS					
	Discutido	Activo	Referida	Persona de contacto	Organización y Número de teléfono
Asociación de Enfermera a Domicilio (en inglés: VNA)					
Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (en inglés: WIC)					
inscripción en seguro médico					
Centro de Recursos para la Familia (en inglés: FRC)					
clases de capacidades para ser padres					
educación o plan para el sueño seguro					
cuidado infantil					
otros servicios/visitas en el hogar					
Servicios y Apoyos Tempranos					
servicios voluntarios para el bienestar de menores					
planificación familiar					
salud mental					
programa de dejar de fumar/estar sin exposición al humo					
asistencia de alojamiento					
El Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (en inglés: TANF)					
asistencia financiera					
transporte					
asistencia legal					
seguridad personal/violencia doméstica					
consumo de sustancias					
Tratamientos con Ayuda de Medicamentos					
servicios de apoyo de recuperación (por ejemplo: servicios de apoyos de pares, reuniones de recuperación)					
participación en el Tribunal de Drogas (en inglés: "Drug Court")					
Otro ()					
Otro ()					

IX. EXPOSICIÓN PRENATAL		
	S/N	Notas
¿Ha sido expuesto el/la bebé a sustancias durante el tiempo prenatal?		
¿Esta exposición fue el resultado del uso de una medicina recetada?		
¿Hubo exposición durante el tiempo prenatal a otras sustancias además de la medicina recetada?		

X. ¿EL/LA BEBÉ FUE DADO DE ALTA A CARGO DE ALGUIEN QUE NO ES LA MADRE?		
Nombre:	Parentesco con el/la bebé:	En proceso judicial (S/N):
Número de teléfono/Dirección:		

XI. FIRMA DE PADRE/MADRE/CUIDADOR DE BEBÉ	
Yo reconozco que he participado en la creación de este Plan de Cuido Segur, que tengo una copia del Plan de Cuido Seguro, que compartiré el Plan de Cuido Seguro con el proveedor de servicios médicos primarios de mi bebé, y haré esfuerzos razonables para dar seguimiento con los servicios y apoyos anotados anteriormente en este documento.	
Firma: _____	Fecha: _____

XII. FIRMA DE PERSONAL (STAFF SIGNATURE)	
Yo (I), _____ proveí a (provided) _____ con el Plan de Cuido Seguro en el momento de alta (with the Plan of Safe Care upon discharge)	
Firma: _____	Fecha: _____

This form complies with NH RSA 132:10-e and NH RSA 132:10-f.