

Atención de apoyo para familias y bebés

I. PLAN DE ATENCIÓN SEGURA Y DE APOYO (POSC)	
Este POSC se elabora en colaboración con todos los padres biológicos y coprogenitores para reforzar y coordinar el apoyo y los servicios. El POSC debe proporcionarse a la madre una vez dada el alta del centro de parto y debe dirigirse al proveedor de atención primaria del bebé junto con otros registros médicos del bebé. Para obtener una versión electrónica de este formulario, visite: https://nhcenterforexcellence.org/posc/ .	

II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
Nombre del padre/madre biológico/a:	Proveedores médicos del padre/madre biológico/a:
Nombre del coprogenitor:	Proveedores médicos del bebé:
Nombre del bebé:	Fecha de admisión del padre/madre biológico/a:
Nombre de otro cuidador (si corresponde):	Fecha de alta del padre/madre biológico/a:
Fecha de nacimiento del bebé:	Fecha de alta del bebé:
Número de teléfono del padre/madre biológico/a:	Número de teléfono del coprogenitor:
Seguro médico del padre/madre biológico/a:	Número de teléfono de otro cuidador:
Dirección actual:	

III. APOYO ACTUAL (como pareja/cónyuge, familia/amigos, consejero, fe/comunidad espiritual, comunidad de recuperación, etc.)

IV. FORTALEZAS Y METAS (¿Qué le importa a usted? ¿Lactancia materna, crianza, vivienda, dejar de fumar, recuperación?)

V. MIEMBROS DEL HOGAR					
Nombre	Relación con el bebé	Edad	Nombre	Relación con el bebé	Edad

VI. CONTACTO DE CUIDADO INFANTIL DE EMERGENCIA/OTRO APOYO PRINCIPAL		
Nombre	Relación con el bebé	Número de teléfono

VII. ¿EL BEBÉ ES DADO DE ALTA BAJO EL CUIDADO DE OTRA PERSONA DISTINTA DEL PADRE/MADRE BIOLÓGICO/A?		
Nombre:	Relación con el bebé:	Intervención judicial (S/N):
Número de teléfono/Dirección:		

VIII. OBSERVACIONES: ¿Qué otra cosa sería útil para usted y su familia? (indique la hora/fecha de las entradas)

IX. SERVICIOS, APOYO Y NUEVAS DERIVACIONES				
	Hablado	Activo	Derivado	Organización/Nombre de contacto/Número de teléfono
Consentimientos firmados para el intercambio de información médica protegida (PHI)				
Seguro médico				
Seguro comercial				
Medicaid				Programa Bright Start de AmeriHealth Caritas: 1-833-704-1177 Smart Start for Babies de NH Healthy Families: 1-866-769-3085 Programa Sunny Start de Well Sense Health Plan: 1-855-833-8119
No asegurado/Inscrito en seguro				
Asistencia financiera				
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)				
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)				
Apoyo familiar				
Apoyo y Servicios Tempranos (FCESS)				
Visiting Nurse Association (VNA)				
Family Resource Center (FRC)				
Visitas a domicilio para las familias				
División de Niños, Jóvenes y Familias				
Otros servicios de atención médica				
Servicios de lactancia				
Planificación familiar				
Clases de crianza				
Educación sobre el sueño seguro				
Educación sobre la lactancia materna				
Educación sobre el consumo de sustancias				
Apoyo de crisis				
NH Legal Assistance				
Defensa de la seguridad				
Libertad condicional/Bajo palabra				
Tratamiento y recuperación				
Servicios de salud mental				
Tratamiento para drogas/alcohol				
Tribunal de Drogas				
Medicamentos para trastornos por el consumo de sustancias				
Dejar de fumar				
Naloxona (Narcan)				
Entrenamiento de recuperación				
Reuniones				
Otros apoyos				
Transporte				
Vivienda				
Cuidado de niños				

X. FIRMA DEL PADRE/MADRE/CUIDADOR

Tengo una copia de mi Plan de Atención Segura y de Apoyo. Compartiré mi POSC con el proveedor de atención primaria de mi bebé y llamaré a _____ si tengo alguna pregunta sobre el seguimiento de los servicios y apoyos que se indican anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

XI. FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

Yo, _____, le proporcioné a _____ el Plan de Atención Segura al momento del alta.

Firma: _____ Fecha: _____

Este formulario cumple con las normas NH RSA 132:10-e y NH RSA 132:10-f.