

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

Información del inscrito			
Nombre y apellido del inscrito (apellido, nombre)	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Número de identificación de Medicaid del inscrito:	Haga clic aquí para ingresar texto.	Fecha de nacimiento:	Haga clic aquí para ingresar texto.
Aseguradora (Managed Care Plan):	Haga clic aquí para ingresar texto.	Edad del inscrito:	Haga clic aquí para ingresar texto.
Coordinador de cuidados(apellido, nombre) :	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Número de teléfono del coordinador de cuidados:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Nombre del centro de enfermería especializada:	Haga clic aquí para ingresar texto.	Fecha de admisión:	Haga clic aquí para ingresar texto.
Centro de enfermería especializada actual:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Número de teléfono del centro de enfermería especializada actual:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Fecha de ingreso al centro de enfermería:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Nombre(s) del padre/tutor (apellido, nombre):	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Relación con el inscrito:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Dirección:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Número(s) de teléfono:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Dirección de correo electrónico:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Idioma preferido:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Método de contacto preferido:	Haga clic aquí para ingresar texto.		
Fecha de la última certificación de libertad de elección:	Haga clic para ingresar una fecha.		
Historial medico del inscrito			
Condiciones o diagnósticos médicos:	Haga clic aquí para ingresar texto.		

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

Estado funcional:	Haga clic aquí para ingresar texto.			
Resumen de los eventos que llevaron a la admisión en un centro de enfermería:	Haga clic aquí para ingresar texto.			
Historial de utilización del servicio (p. ej., urgencias, hospitalizaciones):	Haga clic aquí para ingresar texto.			
Medicamentos actuales	<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Vía de administración</b>	<b>Frecuencia</b>
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Servicios actuales	<b>Servicio/Frecuencia</b>		<b>Nombre y número de teléfono del proveedor</b>	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
Equipo Médico Duradero (DME)/suministros actuales:	<b>Equipo Médico Duradero (DME)/suministros</b>		<b>Nombre y número de teléfono del proveedor de DME</b>	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
	Haga clic aquí para ingresar texto.		Haga clic aquí para ingresar texto.	
<b>DIVULGACIONES DE REUNIONES E INFORMACIÓN PROCESAL</b>				
<p>Se proporcionará a los padres/tutores antes de que comience la reunión y en su idioma preferido: (marque todo lo que fue revisado con los padres/tutores)</p> <p><input type="checkbox"/> Un tribunal federal ordenó a Florida participar en un proceso de planificación de transición para niños que viven en centros de enfermería. <b>NO</b> es necesario que saque a su hijo del centro de enfermería. Su hijo puede continuar viviendo en su centro de enfermería. Es su elección.</p> <p><input type="checkbox"/> Un tribunal federal ha ordenado al estado que proporcione enfermería privada (PDN) confiable a todos los niños que hacen la transición a la comunidad desde un centro de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> El proceso de planificación de la transición le proporcionará información sobre los servicios que podrían estar disponibles para su hijo si decide traerlo a casa.</p> <p><input type="checkbox"/> El proceso de planificación de la transición dará como resultado un Plan de transición escrito. El Plan de Transición describirá lo que se necesitaría hacer para la transición de su hijo a casa, cualquier barrera que pueda impedir la transición de su hijo a casa o a la comunidad, y las formas de superar esas barreras.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede invitar a esta reunión al médico primario de su hijo, a un procurador de la familia u otras personas. (Fecha en que se discutió esto con los padres/tutores):  Haga clic para ingresar una fecha </p>				

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

<input type="checkbox"/> Consentimiento para grabar de todos los participantes de la reunión y HIPAA revisado/verificado en un dispositivo de grabación (por ejemplo, Teams, Zoom)	
<b>REUNIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN</b>	
Fecha del plan de transición:	<input type="text"/> Haga clic para ingresar una fecha <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Actualización
Lugar de la reunión:	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Teléfono
Intérprete de idiomas ofrecido	Intérprete de idiomas utilizado:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
<b>Participantes presentes (marque todos los presentes y enumere los nombres)</b>	
<input type="checkbox"/> Inscrito:	<input type="text"/> Haga clic o toque aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Nombre del padre/tutor (apellido, nombre) y relación con el inscrito:	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Coordinador de cuidados y/o personal involucrado en la planificación:	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Personal de la aseguradora (Managed Care Plan):	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Personal del centro de enfermería especializada	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Personal del centro de enfermería - Otro:	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Médico primario:	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Especialista:	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Representante del DCF <input type="checkbox"/> N/A	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Other(s) (Relationship(s) to Recipient):	<input type="text"/> Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> No se pudo contactar a los padres/tutores después de tres intentos (Fecha en que se envió por correo la información de seguimiento a los padres/tutores): <input type="text"/> Haga clic para ingresar una fecha.	
<input type="checkbox"/> Los padres/tutores se negaron a participar en la reunión del plan de transición (Fecha en que se envió por correo la información de seguimiento a los padres/tutores): <input type="text"/> Haga clic para ingresar una fecha.	
<input type="checkbox"/> Los padres/tutores aceptaron participar pero no estuvieron presentes en el momento de la reunión (Fecha en que se envió por correo la información de seguimiento a los padres/tutores: <input type="text"/> Haga clic para ingresar una fecha	

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

### Definiciones de servicios

Las definiciones de servicios fueron revisadas con los padres/tutores

Servicio	Descripción
Coordinación de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo para ayudarle a obtener todos los servicios necesarios para su hijo, incluida la coordinación de la transición de un centro de enfermería a su hogar o al entorno comunitario de su elección.</li> <li>• centro de enfermería</li> </ul>
Enfermería privada (PDN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de enfermería médicamente necesaria de una enfermera</li> <li>• Estos servicios están disponibles en su hogar y su hijo puede ser elegible para recibir hasta 24 horas diarias de PDN.</li> <li>• El tribunal ha ordenado al Estado proporcionar PDN confiable a cualquier niño que haga la transición de un centro de enfermería a la comunidad.</li> <li>• centro de enfermería</li> </ul>
Equipos y suministros médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos para uso diario o prolongado en el hogar, que incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipos y suministros de ventilación.</li> <li>○ Equipos y suministros de oxígeno.</li> <li>○ Equipos y suministros de alimentación.</li> <li>○ Dispositivos de movilidad como una silla de ruedas.</li> </ul> </li> </ul>
Transporte médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte médico que no sea de emergencia para su hijo y un cuidador a citas médicas</li> </ul>
Cuidado pediátrico ampliado recetado (PPEC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros para niños hasta los 20 años</li> <li>• Proporciona supervisión de enfermería especializada, servicios médicos, servicios de enfermería, cuidado personal, servicios psicosociales, servicios de terapia respiratoria y terapias de desarrollo en un entorno no residencial.</li> <li>• El transporte es proporcionado por el Centro PPEC.</li> <li>• Proporciona capacitación para cuidadores.</li> <li>• Disponible hasta 12 horas al día</li> </ul>
Cuidado de crianza temporal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programa para niños hasta los 20 años.</li> <li>• Proporciona colocación temporal para cuidado las 24 horas en un hogar de crianza autorizado con padres de crianza especialmente capacitados.</li> <li>• Este programa tiene una duración limitada a menos que el niño esté bajo custodia estatal.</li> </ul>
Visitas domiciliarias de familia a familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una oportunidad para que usted visite otros hogares familiares donde los niños reciben PDN en el hogar.</li> <li>• Durante la visita, observará la PDN proporcionada a su hijo y tendrá la oportunidad de hacer preguntas.</li> <li>• Las visitas pueden ser en persona o virtuales y el coordinador de cuidado de su hijo puede acompañarlo</li> </ul>
Apoyo entre pares de familia a familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una oportunidad para conectarse con una familia que ha recibido PDN para un niño con necesidades médicas complejas.</li> <li>• Las interacciones pueden ser individuales o con un grupo de familias.</li> <li>• Las interacciones pueden ser en persona, virtuales o por teléfono.</li> </ul>

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

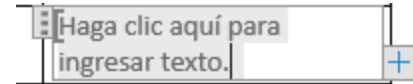
Beneficios ampliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios que ofrece su plan de salud, además del paquete de beneficios estándar, como asistencia de transición y asistencia de vivienda.</li> </ul>
Programa de exención de presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Programa de Exención iBudget está diseñado para promover y mantener la salud de personas con discapacidades del desarrollo y brindar apoyos y servicios médicamente necesarios para evitar la colocación en un centro de enfermería. Los servicios son para niños elegibles de 3 años o más con una discapacidad del desarrollo.</li> <li>• Los servicios incluyen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• o Modificaciones en el hogar: adaptaciones al hogar para accesibilidad, como rampas y ampliación de puertas.</li> <li>• o Modificaciones del vehículo: Adaptaciones al vehículo para accesibilidad, incluidas rampas portátiles.</li> <li>• o Suministros médicos consumibles: como pañales, toallitas húmedas y toallas sanitarias.</li> <li>• o Habilitación residencial: permite que los niños elegibles vivan en hogares grupales autorizados hasta las 24 horas del día con servicios de enfermería y supervisión médica.</li> </ul> </li> <li>• Su coordinador de cuidado puede ayudarle a solicitar este programa a través de la Agencia para Personas con Discapacidades.</li> </ul>
Otros programas de exención de Medicaid de Florida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de exención de cuidado a largo plazo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El programa de exención de cuidado a largo plazo está diseñado para retrasar o prevenir la institucionalización y permitir que los beneficiarios de la exención mantengan una salud estable mientras reciben servicios en el hogar y en la comunidad. Las personas en el programa también pueden recibir servicios en un centro de enfermería.</li> <li>○ La elegibilidad para el servicio incluye personas de 18 años de edad o mayores y elegibles para Medicaid por motivos de discapacidad y que necesitan el nivel de atención de un centro de enfermería, o personas de 18 años de edad o mayores con un diagnóstico de fibrosis quística y que tienen un nivel de atención hospitalaria.</li> <li>○ Los servicios incluyen más de dos docenas de servicios domiciliarios y comunitarios y servicios de centros de enfermería a través de este programa. Este programa de exención se ofrece como un programa de cuidado administrada (Managed Care).</li> <li>○ Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar esta exención completando una derivación CARES (Evaluación y revisión integral de servicios de cuidado a largo plazo).</li> </ul> </li> <li>• Programa de exención modelo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El programa de exención modelo está diseñado para retrasar o prevenir la institucionalización y permitir que los beneficiarios de la exención mantengan una salud estable mientras reciben servicios en el hogar y en la comunidad.</li> <li>○ Los servicios son para personas de 20 años o menos que:</li> </ul> </li> </ul>

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Viven en casa, o son médicamente frágiles y han residido en un centro de enfermería especializada durante al menos 60 días consecutivos antes de ingresar a la exención.</li><li>▪ Tiene un diagnóstico de un trastorno espinocerebeloso degenerativo que generalmente se identifica en el rango 330-337 de las clasificaciones de diagnóstico ICD9-CM, o es Médicamente frágil según se define en F.A. C. 59G-1.010</li><li>▪ Cumple con los criterios de discapacidad para la Incapacidad del Seguro Social.</li><li>▪ Tiene un nivel de atención determinado de “en riesgo de internación en un hospital”, o debe cumplir con el nivel de atención de un centro de enfermería especializada determinado por CMAT y residir en un centro de enfermería durante un mínimo de 60 días.</li><li>▪ Puede vivir seguramente en casa</li><li>○ Los servicios incluyen:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Evaluación de servicios y tecnología de asistencia</li><li>▪ Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental</li><li>▪ Respiro</li><li>▪ Manejo de cuidado de transición</li></ul></li><li>○ Esta exención solo está disponible para beneficiarios que reciben servicios de cargo por servicio Medicaid (Fee for Service)</li><li>● Programa de exención de disautonomía familiar<ul style="list-style-type: none"><li>○ El Programa de exención de disautonomía familiar promueve y mantiene la salud de los beneficiarios elegibles con disautonomía familiar y minimiza los efectos de las enfermedades y discapacidades mediante la provisión de apoyos y servicios necesarios para retrasar o prevenir la colocación en un hospital o institucionalización.</li><li>○ Los servicios son para personas que han sido diagnosticadas con disautonomía familiar por un médico, tienen entre 3 y 64 años y corren riesgo de hospitalización.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servicios dentales para adultos para beneficiarias de 21 años o más Servicios conductuales</li><li>▪ Suministros médicos consumibles</li><li>▪ Equipo médico duradero Servicios de apoyo que no sea residenciales</li><li>▪ Cuidado de relevo</li><li>▪ Coordinación de soporte de exenciones</li></ul></li><li>○ Esta exención solo está disponible para beneficiarios que reciben servicios de cargo por servicio Medicaid (Fee for Service)</li></ul></li></ul>
--	--

## Plan de transición del centro de enfermería especializada

\* Si es necesario, se pueden agregar campos adicionales a las secciones del plan de atención haciendo clic en "+" a la derecha del cuadro de texto (vea la imagen de ejemplo a continuación) o presionando "enter".



### ELECCIÓN DEL LUGAR DE CUIDADO DEL PADRE/TUTOR

Quiero que mi hijo regrese a casa o se mude a un entorno comunitario

- [El próximo proceso de planificación de transición ocurrirá dentro de tres \(3\) meses.](#)

Quiero que mi hijo permanezca en un centro de enfermería en este momento, pero quiero superar las barreras identificadas para que mi hijo pueda regresar a casa o hacer la transición a un entorno comunitario en el futuro.

- [El padre/tutor solicita que se reinicie el proceso de planificación de transición dentro del plazo a continuación \(elijá uno\):](#)

[Tres \(3\) meses](#)

[Seis \(6\) meses](#)

Quiero que mi hijo permanezca en un centro de enfermería y me opongo a que viva en casa o en un entorno comunitario.

- [El padre/tutor solicita que se reinicie el proceso de planificación de transición dentro del plazo a continuación \(elijá uno\):](#)

[Tres \(3\) meses](#)

[Seis \(6\) meses](#)

[Nueve \(9\) meses](#)

[Un \(1\) año](#)

[El padre/tutor no participó en el proceso de planificación de transición](#)

- [Se debe reiniciar el proceso de planificación de transición:](#)

[Dentro del período de frecuencia seleccionado más recientemente por el padre/tutor](#)

[Dentro de los tres \(3\) meses si un padre/tutor nunca ha expresado una preferencia de frecuencia](#)

[Dentro de los seis \(6\) meses si un padre/tutor nunca ha expresado una preferencia de frecuencia y el padre/tutor se negó a participar – o aceptó participar, pero no participó – en los dos procesos de planificación de transición más reciente](#)

Fecha aproximada del próximo proceso de planificación de transición: [Click or tap here to enter text.](#)

~~Por ahora, estamos obligados a realizar reuniones de planificación de transición cada tres meses. Si pudiera elegir, ¿con qué frecuencia le gustaría tener estas reuniones de planificación de transición?~~



## Plan de transición del centro de enfermería especializada

<input type="checkbox"/> cada 3 meses <input type="checkbox"/> cada 6 meses <input type="checkbox"/> cada 9 meses <input type="checkbox"/> cada 12 meses					
Fecha y lugar propuesto para el alta médica (incluida la dirección, si la sabe): ( Haga clic aquí para ingresar texto.)					
<input type="checkbox"/> N/A					
<b>PADRE(S)/TUTOR(ES)/METAS Y BARRERAS DEL INSCRITO</b>					
Metas para la colocación del niño: Haga clic aquí para ingresar texto.					
Barreras a la transición del niño : Haga clic aquí para ingresar texto.					
<b>Plan de acción para la transición</b>					
<b>Servicios y apoyos comunitarios</b>					
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<b>Coordinación de cuidados</b> <input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.  <input type="checkbox"/> Otra coordinación/apoyo para ayudar en la transición	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<b>Enfermería privada (PDN)</b> <input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<p>sobre este servicio a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Visitas domiciliarias a otros hogares familiares que se ofrecen donde los niños reciben servicios de PDN, si corresponde (ver a continuación)</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyo entre pares de familia a familia ofrecido por una familia que ha recibido PDN para un niño con necesidades médicas complejas, si corresponde (ver a continuación)</p> <p><input type="checkbox"/> Es necesario para la transición</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario para la transición</p>					
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<p><b>Equipos y suministros médicos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Necesario para la transición</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario para la transición</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<p><b>Transporte medico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Necesario para la transición</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario para la transición</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<p><b>Cuidado pediátrico ampliado recetado (PPEC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Necesario para la transición</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario para la transición</p>	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<p><b>Crianza temporal Médica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p>	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición					
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<b>Beneficios ampliados</b> <input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.  <input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos  <input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<p><b>Programa de exención de presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Educación individualizada proporcionada a los padres/tutores sobre los servicios requeridos bajo iBudget</li> <li><input type="checkbox"/> Modificaciones en el hogar</li> <li><input type="checkbox"/> Modificaciones de vehículos</li> <li><input type="checkbox"/> Suministros médicos consumibles</li> <li><input type="checkbox"/> Relevo</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia del habla</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia física</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia respiratoria</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de análisis Conductual (BA)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermería privada (PDN)</li> <li><input type="checkbox"/> Desarrollo de habilidades para la vida</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de dietista</li> <li><input type="checkbox"/> Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermería especializada</li> <li><input type="checkbox"/> Equipos y suministros médicos especializados</li> </ul>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>
---	--	--	--	--	--

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<input type="checkbox"/> Outreach to connect parent(s)/ guardian(s) to services offered  <input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición					
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<b>Otros programas de exención de Florida Medicaid</b> <input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.  <input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos  <input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<p><b>Servicios y soportes adicionales</b>  <u><i>Esto incluye servicios como la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla</i></u></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre <u>este servicios y soportes adicionales</u> a los padres/tutores.</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Es necesario para la transición</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario para la transición</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>
<p><b>Servicio</b></p>	<p><b>Objetivo(s)/Necesidad(es)</b></p>	<p><b>Barrera(s)</b></p>	<p><b>Acción(es) necesaria(s)</b></p>	<p><b>Persona(s) responsable(s)</b></p>	<p><b>Fecha(s) de vencimiento</b></p>
<p><b>Visitas domiciliarias de familia a familia</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores</p> <p><input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>	<p>Haga clic aquí para ingresar texto.</p>



### Plan de transición del centro de enfermería especializada

<input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición					
Servicio	Objetivo(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) necesaria(s)	Persona(s) responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
<p><b>Apoyo entre pares de familia a familia</b></p> <input type="checkbox"/> Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
<input type="checkbox"/> Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos					
<input type="checkbox"/> Es necesario para la transición <input type="checkbox"/> No es necesario para la transición					

### Información de referencia

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

Nombre de la persona que recibe la referencia:	Motivo por el cual se realizó la referencia:	Fecha de referencia:
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.

**PASOS ADICIONALES NECESARIOS PARA LA TRANSICIÓN**  
(por ejemplo, ambiental, social, educativo, etc.)

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

Paso	Meta(s)/Necesidad(es)	Barrera(s)	Acción(es) Necesaria(s)	Persona(s) Responsable(s)	Fecha(s) de vencimiento
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.	Haga clic aquí para ingresar texto.
<b>NOTAS/RESUMEN DEL PLAN DE TRANSICIÓN</b>					
Haga clic aquí para ingresar texto.					

**Firmas**

### Plan de transición del centro de enfermería especializada

Firma del inscrito:	<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha:	Haga clic para ingresar una fecha.
Firma del padre/tutor:	<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha:	Haga clic para ingresar una fecha.
Firma del coordinador de cuidados de la aseguradora (Managed Care Plan):	<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha:	Haga clic para ingresar una fecha.
Firma del coordinador de cuidado del centro de enfermería:	<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha:	Haga clic para ingresar una fecha.