|  |
| --- |
| **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. |
| 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  | Medicamento | Dosis | Vía de administración | Frecuencia |
| 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. |
| 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 | Servicio/Frecuencia | Nombre y número de teléfono del proveedor |
| 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: | Equipo Médico Duradero (DME)/suministros | Nombre y número de teléfono del proveedor de DME  |
| 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. |
| **DIVULGACIONES DE REUNIONES E INFORMACIÓN PROCESAL** |
| 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)[ ]  Un tribunal federal ordenó a Florida participar en un proceso de planificación de transición para niños que viven en centros de enfermería. **NO** es necesario que saque a su hijo del centro de enfermería. Su hijo puede continuar viviendo en su centro de enfermería. Es su elección.[ ]  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[ ]  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. [ ]  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.[ ] 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 [ ]  Consentimiento para grabar de todos los participantes de la reunión y HIPAA revisado/verificado en un dispositivo de grabación (por ejemplo, Teams, Zoom) |
| **REUNIÓN DEL PLAN DE TRANSICIÓN** |
| Fecha del plan de transición: |  Haga clic para ingresar una fecha  | [ ] Original [ ]  Actualización |
| Lugar de la reunión: [ ] En persona [ ]  Virtual [ ] Teléfono |
| Intérprete de idiomas ofrecido[ ] Sí [ ] N/A | Intérprete de idiomas utilizado:[ ]  Sí [ ] No [ ] N/A |
| **Participantes presentes (marque todos los presentes y enumere los nombres)** |
| [ ] Inscrito: |  Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Nombre del padre/tutor (apellido, nombre) y relación con el inscrito: | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Coordinador de cuidados y/o personal involucrado en la planificación: | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Personal de la aseguradora (Managed Care Plan): | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Personal del centro de enfermería especializada  | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Personal del centro de enfermería - Otro: | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ] Médico primario: | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Especialista: | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Representante del DCF [ ]  N/A | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  Other(s) (Relationship(s) to Recipient): | Haga clic aquí para ingresar texto. |
| [ ]  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)): Haga clic para ingresar una fecha.[ ]  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): Haga clic para ingresar una fecha.[ ]  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: Haga clic para ingresar una fecha  |

**Definiciones de servicios**

[ ]  Las definiciones de servicios fueron revisadas con los padres/tutores

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio** | **Descripción** |
| Coordinación de cuidado | * 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.
* centro de enfermería
 |
| Enfermería privada (PDN) | * Atención de enfermería médicamente necesaria de una enfermera
* Estos servicios están disponibles en su hogar y su hijo puede ser elegible para recibir hasta 24 horas diarias de PDN.
* El tribunal ha ordenado al Estado proporcionar PDN confiable a cualquier niño que haga la transición de un centro de enfermería a la comunidad.
* centro de enfermería
 |
| Equipos y suministros médicos | * Artículos para uso diario o prolongado en el hogar, que incluyen:
	+ Equipos y suministros de ventilación.
	+ Equipos y suministros de oxígeno.
	+ Equipos y suministros de alimentación.
	+ Dispositivos de movilidad como una silla de ruedas.
 |
| Transporte médico | * Transporte médico que no sea de emergencia para su hijo y un cuidador a citas médicas
 |
| Cuidado pediátrico ampliado recetado (PPEC) | * Centros para niños hasta los 20 años
* 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.
* El transporte es proporcionado por el Centro PPEC.
* Proporciona capacitación para cuidadores.
* Disponible hasta 12 horas al día
 |
| Cuidado de crianza temporal médico | * Un programa para niños hasta los 20 años.
* Proporciona colocación temporal para cuidado las 24 horas en un hogar de crianza autorizado con padres de crianza especialmente capacitados.
* Este programa tiene una duración limitada a menos que el niño esté bajo custodia estatal.
 |
| Visitas domiciliarias de familia a familia | * Una oportunidad para que usted visite otros hogares familiares donde los niños reciben PDN en el hogar.
* Durante la visita, observará la PDN proporcionada a su hijo y tendrá la oportunidad de hacer preguntas.
* Las visitas pueden ser en persona o virtuales y el coordinador de cuidado de su hijo puede acompañarlo
 |
| Apoyo entre pares de familia a familia | * Una oportunidad para conectarse con una familia que ha recibido PDN para un niño con necesidades médicas complejas.
* Las interacciones pueden ser individuales o con un grupo de familias.
* Las interacciones pueden ser en persona, virtuales o por teléfono.
 |
| Beneficios ampliados | * Beneficios que ofrece su plan de salud, además del paquete de beneficios estándar, como asistencia de transición y asistencia de vivienda.
 |
| Programa de exención de presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget) | * 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.
* Los servicios incluyen:
* o Modificaciones en el hogar: adaptaciones al hogar para accesibilidad, como rampas y ampliación de puertas.
* o Modificaciones del vehículo: Adaptaciones al vehículo para accesibilidad, incluidas rampas portátiles.
* o Suministros médicos consumibles: como pañales, toallitas húmedas y toallas sanitarias.
* 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.
* Su coordinador de cuidado puede ayudarle a solicitar este programa a través de la Agencia para Personas con Discapacidades.
 |
| Otros programas de exención de Medicaid de Florida | * Programa de exención de cuidado a largo plazo:
	+ 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.
	+ 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.
	+ 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).
	+ 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).
* Programa de exención modelo:
	+ 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.
	+ Los servicios son para personas de 20 años o menos que:
		- 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.
		- 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
		- Cumple con los criterios de discapacidad para la Incapacidad del Seguro Social.
		- 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.
		- Puede vivir seguramente en casa
	+ Los servicios incluyen:
		- Evaluación de servicios y tecnología de asistencia
		- Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental
		- Respiro
		- Manejo de cuidado de transición
	+ Esta exención solo está disponible para beneficiarios que reciben servicios de cargo por servicio Medicaid (Fee for Service)
* Programa de exención de disautonomía familiar
	+ 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.
	+ 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.
		- Servicios dentales para adultos para beneficiarias de 21 años o más Servicios conductuales
		- Suministros médicos consumibles
		- Equipo médico duradero Servicios de apoyo que no sea residenciales
		- Cuidado de relevo
		- Coordinación de soporte de exenciones
	+ Esta exención solo está disponible para beneficiarios que reciben servicios de cargo por servicio Medicaid (Fee for Service)
 |

*\* 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 (elija 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 (elija 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 recienteFecha aproximada del próximo proceso de planificación de transición: Haga clic aquí para ingresar texto.  |
| Fecha y lugar propuesto para el alta médica (incluida la dirección, si la sabe): ( Haga clic aquí para ingresar texto.) [ ]  N/A |
| **PADRE(S)/TUTOR(ES)/METAS Y BARRERAS DEL INSCRITO** |
| Metas para la colocación del niño: Haga clic aquí para ingresar texto. |
| Barreras a la transición del niño : Haga clic aquí para ingresar texto. |
| **Plan de acción para la transición** |
| **Servicios y apoyos comunitarios** |
| **Servicio** | **Objetivo(s)/Necesidad(es)** | **Barrera(s)** | **Acción(es) necesaria(s)** | **Persona(s) responsable(s)** | **Fecha(s) de vencimiento** |
| **Coordinación de cuidados**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  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** |
| **Enfermería privada (PDN)**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Visitas domiciliarias a otros hogares familiares que se ofrecen donde los niños reciben servicios de PDN, si corresponde (ver a continuación)[ ]  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)[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Equipos y suministros médicos**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Necesario para la transición [ ]  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** |
| **Transporte medico**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Necesario para la transición [ ]  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** |
| **Cuidado pediátrico ampliado recetado (PPEC)**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Necesario para la transición [ ]  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** |
| **Crianza temporal Médica**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Beneficios ampliados**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Programa de exención de presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget)**[ ]  Educación individualizada proporcionada a los padres/tutores sobre los servicios requeridos bajo iBudget[ ]  Modificaciones en el hogar[ ]  Modificaciones de vehículos[ ]  Suministros médicos consumibles[ ]  Relevo[ ]  Terapia Ocupacional[ ]  Terapia del habla[ ]  Terapia física[ ]  Terapia respiratoria[ ]  Servicios de análisis Conductual (BA)[ ]  Enfermería privada (PDN)[ ]  Desarrollo de habilidades para la vida[ ]  Servicios de dietista[ ]  Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)[ ]  Enfermería especializada[ ]  Equipos y suministros médicos especializados[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Otros programas de** **exención de Florida Medicaid** [ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Servicios y soportes adicionales***Esto incluye servicios como la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla*[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre servicios y soportes adicionales a los padres/tutores.[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Visitas domiciliarias de familia a familia** [ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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** |
| **Apoyo entre pares de familia a familia**[ ]  Se proporcionó educación e información individualizada sobre este servicio a los padres/tutores[ ]  Alcance para conectar a los padres/tutores con los servicios ofrecidos[ ]  Es necesario para la transición [ ]  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. |

**Información de referencia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.) |
| **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. |
| **NOTAS/RESUMEN DEL PLAN DE TRANSICIÓN** |
|  Haga clic aquí para ingresar texto. |

|  |
| --- |
| **Firmas** |
| Firma del inscrito: |  | Fecha: |  Haga clic para ingresar una fecha. |
| Firma del padre/tutor: |  | Fecha: |  Haga clic para ingresar una fecha. |
| Firma del coordinador de cuidados de la aseguradora (Managed Care Plan): |  | Fecha: |  Haga clic para ingresar una fecha. |
| Firma del coordinador de cuidado del centro de enfermería: |  | Fecha: |  Haga clic para ingresar una fecha. |