**Atención de apoyo para familias y bebés**

|  |
| --- |
| 1. **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/governors-commission/perinatal-substance-exposure-task-force/plans-of-safe-care-posc/>. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **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: | |

|  |
| --- |
| 1. **APOYO ACTUAL** (como pareja/cónyuge, familia/amigos, consejero, fe/comunidad espiritual, comunidad de recuperación, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **FORTALEZAS Y METAS** (*¿Qué le importa a usted?* ¿Lactancia materna, crianza, vivienda, dejar de fumar, recuperación?) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **MIEMBROS DEL HOGAR** | | | | | | |
| Nombre | Relación con el bebé | Edad |  | Nombre | Relación con el bebé | Edad |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **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 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **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.*