

Atención de apoyo para familias y bebés



I. PLAN DE ATENCIÓN SEGURA Y DE APOYO (POSC)

Este POSC se elabora en colaboración con todas las madres biológicas 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/>.

II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre de la madre biológica:	Proveedores médicos de la madre biológica:
Nombre del coprogenitor:	Proveedores médicos del bebé:
Nombre del bebé:	Fecha de admisión de la madre biológica:
Nombre de otro cuidador (si corresponde):	Fecha de alta de la madre biológica:
Fecha de nacimiento del bebé:	Fecha de alta del bebé:
Número de teléfono de la madre biológica:	Número de teléfono del coprogenitor:
Seguro médico de la madre biológica:	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 DE LA MADRE BIOLÓGICA?

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)				
Asociación de Enfermeras a Domicilio (VNA)				
Centro de Recursos para Familias (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 (Asistencia Legal)

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: _____**Date:** _____**XI. STAFF SIGNATURE**

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.