

# 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/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)				
<b>Seguro médico</b>				
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				
<b>Asistencia financiera</b>				
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)				
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)				
<b>Apoyo familiar</b>				
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				
<b>Otros servicios de atención médica</b>				
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.*