

Nombre: , DOB:

Personal Overview (Resumen del Paciente):

Caregiver Contact (Contacto de Padres):

Madre: Padre:
Teléfono: Teléfono:
 Email:

Primary Care Provider/Medical Home (Hogar Medico/Pediatra)

Clínica:
Dirección:
Teléfono:
Pediatra:

**Specialty Providers (Especialistas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Clinic Name(Clínica Especialista)** | **Provider (Proveedor)**  | **Location/Contact(Info de Contacto)** | **Future Appts(Citas Programados)**  |
|  |  |  |  |

Nutritionist and Social Worker (Nutricionista/Dietista y Trabajador Social):
Dietética:
Trabajadora Social:

**Roadmap / Guía de Servicios**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resource (Recurso) | Agency(Agencia)  | Contact Info(Info de contacto)  | Notes(Notas) |
| Insurance Coordinator(Coordinadora de CHPW) |  |  |  |
| CSHCN PHN (Niños con Necesidades Especiales Complejos, Enfermera Publica) |  |  |  |
| Medical Home (Hogar Medica/Pediatra) |  |  |  |
| Specialty (Especialistas Medicas) |  |  |  |
| Birth to Three (Programa de Intervención Temprana) |  |  |  |
| Nutrition Home (Hogar Nutricional/Alimento) |  |  |  |
| Parent Support (Apoyo a Padres) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Community Resources (Recursos Comunitarios)  | Agency(Agencia) | Contact Info(Info de Contacto) | Notes(Notas) |
| Childcare (Cuidado de Niños) |  |  |  |
| People to People |  |  |  |

**Plan de Cuidado:** (lo que estamos trabajando)