



# Plan de Acción de Coordinación del Cuidado



Inserte Su Logo Aquí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación del Plan de Acción: \_\_\_\_\_  Revisión de 6 Meses Completa Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_

Miembro Familiar: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_

**Meta HCP:** La familia estará segura en la coordinación y promoción de las necesidades de cuidado de salud de su hijo/a.

**META #1** *¿Qué es lo que la familia/el niño quiere o necesita? Incluir declaración de meta y resultados deseados.*

Próximos Pasos: <i>Liste las acciones/intervenciones que ayudarán a alcanzar esta meta.</i>	Persona(s) Responsable(s)	Fecha Objetivo	Fecha de Terminación
a.			
b.			

**META #2** *¿Qué es lo que la familia/el niño quiere o necesita? Incluir declaración de meta y resultados deseados.*

Próximos Pasos: <i>Liste las acciones/intervenciones que ayudarán a alcanzar esta meta.</i>	Persona(s) Responsable(s)	Fecha Objetivo	Fecha de Terminación
a.			
b.			

**META #3** ¿Qué es lo que la familia/el niño quiere o necesita? Incluir declaración de meta y resultados deseados.

**Próximos Pasos:** *Liste las acciones/intervenciones que ayudarán a alcanzar esta meta.*

**Persona(s)  
Responsable(s)**

**Fecha  
Objetivo**

**Fecha de  
Terminación**

a.

b.

**Otras áreas prioritarias que la familia/[niño/joven] deseen visitar desde ahora hasta la revisión de 6 meses.**

1

2

3

He participado en el desarrollo de, y estoy de acuerdo con, el Plan de Acción del Niño/Familia descrito arriba. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Copia a: Familia / Copia a: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_

Coordinador de Cuidado HCP: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_