

PLAN COMPARTIDO de ATENCIÓN

HCP A program for children & youth
with special health care needs



www.hcpcolorado.org



COLORADO
Department of Public
Health & Environment

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Terminación del Plan de Acción: _____

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. | | | |

Inserte Su Logo Aquí

META #3 ¿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. | | | |

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: _____