

ORGANIZADOR MÉDICO

ESTE ORGANIZADOR PERTENECE A:

NEVADA DISABILITY ADVOCACY AND LAW CENTER

SISTEMA DE PROTECCION Y ABOGACIA DEL ESTADO DE NEVADA



**NEVADA DISABILITY
ADVOCACY & LAW CENTER**

Tabla de Contenido

Organizador Médico.....	3
Información Familiar.....	4
Diagnósticos.....	5
Alergias.....	6
Cirugías y Hospitalizaciones.....	7
Bitácora de Convulsiones/Conducta.....	8
Seguro Médico.....	9
Proveedores de Servicios de Salud.....	10-14
Lista de Contactos.....	15
Contactos de la Escuela.....	16-17
Notas.....	18
Información de Contacto de NDALC.....	19



Organizador Médico

El Organizador Médico es una herramienta de organización para familias que tienen niños con necesidades especiales de cuidado de salud. Su objetivo es recopilar información importante sobre la discapacidad de su hijo.

El registro del historial médico es necesario cuando se es padre de un niño con necesidades especiales.

Nevada Disability Advocacy & Law Center (NDALC) diseñó este organizador para que sea una herramienta de referencia invaluable que hará que el registro del historial médico de su hijo sea fácil y conveniente.

Las páginas las pueden descargar en nuestro sitio web www.ndalc.org.

Esta publicación es sólo para fines informativos. No tiene como objetivo brindar asesoría legal. Si tiene alguna pregunta sobre una situación específica, por favor llamar a NDALC o a un abogado privado.



Información Familiar

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Diagnóstico: _____ Tipo de Sangre: _____

Altura: _____ Peso: _____

Nombre de la Madre:

Dirección: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de la tarde: _____

Nombre del Padre:

Dirección: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de la tarde: _____

Tutor Legal: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de la tarde: _____

Otros miembros del hogar: _____

Información Importante de la Familia:

Idioma(s) que se hablan en el hogar: _____

¿Necesita Intérprete? Si: _____ No: _____

¿Interprete de Preferencia? Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de la tarde: _____



Alergias

Alergia	Tipo de Reacción	Fecha



Cirugías o Procedimientos

Tipo de Cirugía/Procedimiento	Cirujano/Doctor/Hospital	Fecha(s)

Hospitalizaciones (por razones no relacionadas a cirugías)

Motivo de la Hospitalización	Hospital	Fecha(s)



Bitácora de Convulsiones/Conducta

Convulsión/Conducta

No Aplica a mi hijo

Solamente utiliza este formulario si se aplica a su hijo.

<u>Fecha/Hora</u>	<u>Duración de la Convulsión o Conducta</u>	<u>Descripción de la Convulsión (extremidades involucradas, intensidad, etc.) [o] Conducta que te preocupa</u>



Seguro Médico, Etc.

☼ **Nombre del Seguro:** _____
Número de Poliza: _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

☼ **Medicaid (Nombre del HMO, si aplica – Este es el nombre de la compañía que aparece sobre el nombre de su hijo y el número de ID de la Tarjeta de Identificación de Medicaid) :** _____
Número de Poliza: _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

☼ **Nombre del Seguro:** _____
Número de Poliza: _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____ **Website/Correo Electrónico:** _____

☼ **Seguro Social Suplementario (SSI):** _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____ **Website/Correo Electrónico:** _____

☼ **Otro:** _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____ **Website/Correo Electrónico:** _____

☼ **Otro:** _____
Contacto/Título: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____ **Website/Correo Electrónico:** _____



Proveedores de Salud

Médico de Cabecera: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Hospital de Especialidades: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Especialista: _____ **Tipo:** _____

Clínica/Hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Especialista: _____ **Tipo:** _____

Clínica/Hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____



Nombre del Especialista: _____ **Tipo:** _____
Clínica/Hospital: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Nombre del Especialista: _____ **Tipo:** _____
Clínica/Hospital: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Nombre del Especialista: _____ **Tipo:** _____
Clínica/Hospital: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Nombre del Dentista: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Nombre del Oculista/Oftalmólogo: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____



Nombre de la Enferma: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nutricionista: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Trabajador(a) Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Educación Temprana: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Agencia de Cuidado Personal en la Casa: _____

Fecha de Inicio: _____ **Fecha de Finalización:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Agencia de Cuidado Personal en la Casa: _____

Fecha de Inicio: _____ **Fecha de Finalización:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____



Agencia de Cuidado Personal en la Casa: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Farmacia: _____

Contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Farmacia: _____

Contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Terapeuta Ocupacional (OT): _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Terapeuta Físico (PT): _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____



Terapeuta del Habla/Lenguaje: _____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Otro Terapeuta: _____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Otro Terapeuta: _____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Otro Terapeuta: _____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Proveedor de Servicios de Respiración: _____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____



Bitácora de Contactos

Fecha	Nombre de la Persona Contactada	Qué se Habló



Se requiere permiso por escrito para reproducción/distribución. Todo los Derechos Reservados. Contacta Nevada Disability Advocacy and Law Center (NDALC) at 702-257-8150 Este material fue financiado por el Programa de Referencia y Información de la Barra de Abogados del Estado de Nevada.

CONTACTOS DE LA ESCUELA

- **Distrito Escolar:** _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
- **Coordinador de Educación Especial:** _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
- **Coordinador del Plan de Acomodación 504:** _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
- **Enferma de la Escuela de su hijo:** _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
- **Escuela / Preescolar:** _____
Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
- **Principal / Administrador:** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____



CONTACTOS DE LA ESCUELA....continuación

- **Profesor:** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

- **Instructor de Recurso:** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

- **Asistente del Profesor:** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

- **Profesor(es) de Educación Especial:** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

- **Terapeuta(s):** _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

- **Otros Contactos:** _____



Nevada Disability Advocacy & Law Center

Southern Office

2820 W Charleston Blvd, Suite B - 11
Las Vegas, NV 89102
Phone: (702) 257-8150 or 1-888-349-3843
Nevada Relay: 711
Fax: (702)-257-8170
lasvegas@ndalc.org

Northern Office

1875 Plumas Street, Suite 1
Reno, NV 89509
Phone: (775) 333-7878 or 1-800-992-5715
Nevada Relay: 711
Fax: (775) 786-2520
reno@ndalc.org

Elko Office

905 Railroad Street, Suite 104B
Elko, NV 89801
Phone: (775) 777-1590 or 1-800-992-5715
Nevada Relay: 711
Fax: (775) 753-1690
elko@ndalc.org

www.ndalc.org

Nevada Disability Advocacy and Law Center (NDALC) es una institución privada, sin fines de lucro que opera a nivel estatal como el sistema requerido por el gobierno federal para la protección y defensa de los intereses y derechos humanos, legales y de asistencia de Individuos con discapacidad en Nevada. NDALC fue designado, en marzo 1995, por el Gobernador, como el sistema oficial de protección y defensa por el estado de Nevada.

Los servicios prestados por NDALC incluyen, entre otros: servicios de información y referencia; educación; capacitación / entrenamiento; negociación; mediación; investigación de abusos, maltratos, negligencias o abandonos sospechados; asesoramiento legal; asistencia técnica y activismo político.

NDALC tiene oficinas en Las Vegas, Reno y Elko y presta servicios en todo el estado. Los servicios se prestan gratuitamente a los interesados que califiquen, en función de los recursos disponibles y las prioridades de NDALC.

