



NC INTEGRATED
CARE FOR KIDS

PLAN DE ACCIÓN COMPARTIDO PARA:

ANTECEDENTES DEL MENOR Y LA FAMILIA

Por favor, complete los antecedentes del menor y la familia. Los cuidadores actuales pueden incluir padre(s) biológico(s), padre(s) sustituto(s) u otros miembros de la familia. Si corresponde, los apoyos naturales pueden incluir a los miembros esenciales de la familia, amigos o vecinos, quienes desempeñan un papel importante en el apoyo de la salud y el bienestar del menor.

Nombre del menor: _____ Apellido: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Condado: _____
(mm/dd/aaaa)

Idioma preferido, escrito y oral: _____ Pronombres preferidos: _____

Nombre del cuidador principal: _____ Tutor legal

Relación con el menor: _____ Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de otro cuidador/apoyo natural: _____

Relación con el menor: _____ Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del navegador de la familia: _____ Fecha de finalización: _____
(mm/dd/aaaa)

Las inquietudes y prioridades de su familia, relacionadas con la salud y el bienestar de su hijo, son el centro de su Plan de Acción Compartido. La información que elija proporcionar es útil, ya que todos trabajamos juntos para lograr los resultados deseados para su hijo y su familia.

Fortalezas, intereses y actividades del menor y la familia:

Área de preocupación de la familia: ¿Qué es lo que más les preocupa? ¿Qué desafíos enfrenta(n) su hijo y/o familia todos los días? ¿Qué desafíos no suceden con frecuencia, pero son preocupantes?

LISTA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PARA:

Por favor, inserte el nombre y la información de contacto de todas las personas responsables de garantizar el bienestar del menor. Puede incluir a los proveedores de servicios y apoyos naturales que considere que son los más importantes para la atención del menor. Esta lista se utilizará para comunicar cualquier necesidad de coordinación de atención.

Quién*	Relación/organismo	Nombre	Teléfono y correo electrónico	Información adicional
Tutor/persona legalmente responsable				
Otros apoyos familiares/naturales				
Proveedor de atención primaria				
Navegador familiar				

*(También la familia puede elegirlos desde la página complementaria)

PLAN DE ACCIÓN

Elija 3 objetivos prioritarios (y hasta 5) que le gustaría priorizar para garantizar la salud y el bienestar del menor.

OBJETIVO	QUIÉN (Nombre de la persona que apoya el objetivo)	ESTÁ HACIENDO QUÉ (Tomará esta medida)	PROGRESO
			Fecha: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de registro: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)
			Fecha: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de registro: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)
			Fecha: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de registro: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)
			Fecha: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de registro: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)
			Fecha: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de registro: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)