

Plan de atención segura de Nebraska para proveedores

Nombre del bebé:	Fecha de nacimiento:	Fecha de admisión:	Fecha de alta:
Nombre de la madre:		Cuidador(a) principal del bebé:	
Doctor de atención primaria del bebé:			

Miembros del hogar:

Nombre:	Edad:	Relación con el(la) bebé:	Nombre:	Edad:	Relación con el(la) bebé:

Apoyos identificados (abuelo, vecino, tía...):

--

Exposición prenatal:

Metadona/Buprenorfina (MAT)	
Prescripción de opiáceos para el dolor crónico	
Benzodiazepinas prescritas	
Marihuana	
Nicotina/tabaco	
Alcohol	
Metanfetamina	

Otros:	
Otros:	
Otros:	

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a todos los servicios aplicables y a las nuevas derivaciones para el bebé y la madre/cuidadores:

	Debatido	Actual	Nueva remisión	Organización	Persona de contacto (si procede)
Tratamiento de la salud mental					
Tratamiento del consumo de sustancias					
Apoyos a la recuperación					
Dejar de fumar					
Grupos de padres					
Visitas al hogar					
WIC/SNAP					
Respiro					
Asistencia financiera, de transporte y de vivienda					
Cuidado de niños o subvención para el cuidado de niños					
Plan de sueño					
Llanto seguro					
Red de desarrollo temprano					
Apoyo a la violencia doméstica					
Otros					

Fortalezas y objetivos de la familia tras el alta (lactancia, vivienda, crianza y recuperación)

Observaciones:

La familia participó en el desarrollo de este plan.

Firma del padre/madre/cuidador (opcional): _____

Firma del personal: _____

Copia a: Proveedor de atención primaria, familia

Para preguntas adicionales: DHHS.CARANotification@nebraska.gov o 402-314-7166