NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

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	☐
Benzodiacepinas 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.CARANoti ication@nebraska.gov o 402-328-6218