

# Organizador Médico

Este folder pertenece a:

---



**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

# 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](http://www.ndalc.org).

.....

**The Nevada Disability Advocacy & Law Center (NDALC)** is a private, statewide non-profit organization that serves as Nevada's federally-mandated protection and advocacy system for human, legal and services rights for individuals with disabilities.

Services provided by NDALC include, but are not limited to: information and referral services, education, training, negotiation, mediation, investigation of reported or suspected abuse/neglect, legal counsel, technical assistance, litigation services, and public policy work.

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

# Información Familiar

---

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Otro miembros del hogar: \_\_\_\_\_

Información Importante de la Familia:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma(s) que se hablan en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Necesita Interpretete? Si: \_\_\_ No: \_\_\_

¿Interprete de Preferencia? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## *Contacto de Emergencia*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de 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)

Cirugías / Procedimientos

# Bitácora de Convulsiones/ Conducta

<b>Convulsión/ Conducta</b>		<input type="checkbox"/> No Aplica a mi hijo
Solamente utiliza este formulario si se aplica a tu 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 tu 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: \_\_\_\_\_

**Terapia de Respiración :** \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# Bitácora de Contactos

<b>Bitácora de Contacto</b>		<b>Bitácora de Contacto</b>	<b>Bitácora de Contacto</b>
<b>Fecha</b>	<b>Nombre de la Persona Contactada</b>	<b>Qué se Habló</b>	

---

# Contactos de la Escuela

(Algunos padres guardan la información del IEP y Programa 504 en protectores de hojas después de esta sección).

- **Distrito Escolar:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

- **Coordinador de Educación Especial:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

- **Coordinador del Plan de Acomodación 504:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

- **Enferma de la Escuela de su hijo:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

- 
- **Escuela / Preescolar:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

- **Principal / Administrador:** \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_



# Contactos de la Escuela

Continuación

- **Profesor:** \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_
  
- **Instructor de Recurso:** \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_
  
- **Asistente del Profesor:** \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_
  
- **Profesor(es) de Educación Especial:** \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_
  
- **Terapeuta(s):** \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_
  
- **Otros Contactos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

