

# Plan de cuidado de 24 horas

(formato opcional para documento requerido)

---

NIÑO	PADRE/TUTOR	EDAD	FECHA

## DESCRIPCIÓN

Complete su plan de cuidado, describiendo un día de cuidado de su hijo(a). Compartamos las cosas que dificultan el cuidado para que podamos entender mejor las necesidades del niño, los cuidadores y los miembros de la familia.

Algunos ejemplos pueden ser; Preparación/administración de medicamentos, succión, asistencia respiratoria, equipo médico utilizado, terapia, alimentación, baño, vestido, cambio de pañal, daño a sí mismo o a otros, arrebatos emocionales/físicos, rabietas, etc.

*(Los cuadros a continuación se ampliarán)*

HORA	ACTIVIDAD	DESAFÍOS
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		
HORA DE ACOSTARSE		
NOCHE		

Haga una lista de los servicios/suministros que está tratando de obtener y que no puede obtener porque su hijo(a) no tiene Medicaid:

Cualquier otra información adicional que le gustaría compartir y que considere que sería útil para nuestra comprensión del cuidado del niño: