



# MI PLAN DE CUIDADO SEGURO

**Desarrollado con el apoyo de mi:  
(Marque todas las opciones que correspondan)**

- VISITADOR A DOMICILIO
- NAVEGADOR DE PARES
- PROVEEDOR DE CUIDADO PRENATAL
- COORDINADOR DE CASOS PARA EL BIENESTAR DE NIÑOS
- SPROVEEDOR DE TRATAMIENTOS POR USO DE SUSTANCIAS
- OTRO:



# Mi Plan de Cuidado Seguro

Este plan pertenece a:

El embarazo y la paternidad son momentos especiales en que se hacen planes para el cuidado de uno y del bebé.

Un plan de Cuidado Seguro puede ser especialmente útil durante este tiempo. Sus proveedores de servicios le podrán brindar apoyo en la creación de su plan.

## Este plan fue diseñado para ayudarle a:

- Tomar decisiones sobre cómo cuidará de usted, su bebé, y su familia.
- Piense en personas que puedan brindar ayuda.
- Tenga en cuenta la información y recursos que puede reunir para crear una fuerte red de seguridad para su familia.

**Fortalezas Personales y Familiares:** *En la casilla de texto, haga un listado de sus fortalezas y las de su familia.*

**Metas:** *Para cada una de las categorías siguientes, escriba cosas que esté haciendo bien y en las cuales puede crecer. Tómese el tiempo para reflexionar sobre las mismas y decidir si una meta sobre cada categoría puede ser un buen lugar para iniciar su plan.*

	QUÉ ESTOY HACIENDO BIEN	OPORTUNIDADES PARA CRECER	MIS METAS
<i>Familia y Amigos</i>			
<i>Paternidad</i>			
<i>Trabajo/ Escuela</i>			
<i>Cuerpo</i>			
<i>Salud Mental</i>			
<i>Viaje de Recuperación</i>			
<i>Otro:</i>			



Para cuidar de mí y mi familia, y para lograr mis metas, quisiera recibir ayuda con:

## Necesidades Básicas:

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con Vivienda y/o Servicios Públicos | <input type="checkbox"/> Comida   | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Coordinación del Cuidado                  | <input type="checkbox"/> Suministros de Posparto (por ej.: kits de higiene, extractores de leche, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro:      |

## Salud Conductual:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manejo de Casos               | <input type="checkbox"/> Consejería sobre el Uso de Sustancias  | <input type="checkbox"/> Apoyo para Pares                      |
| <input type="checkbox"/> Consejería sobre Salud Mental | <input type="checkbox"/> Apoyos para la Recuperación (por ej.: grupo de 12 pasos, Narcóticos Anónimos (Narcotics Anonymous, NA), Alcohólicos Anónimos (Alcoholics Anonymous, AA), etc.) | <input type="checkbox"/> Tratamiento Asistido con Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Otro:                         |   |  |

## Salud Física

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado Prenatal | <input type="checkbox"/> Pediatra |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental    | <input type="checkbox"/> Otro:                         |                                   |

## Apoyo Educativo

- |                                 |                                    |   |
|---------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Asistencia Legal |
| <input type="checkbox"/> Otro:  |                                    |   |

## Apoyo para Padres y Familias:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de Parto           | <input type="checkbox"/> Educación sobre Descanso Seguro   | <input type="checkbox"/> Desarrollo de Niños |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para la Lactancia | <input type="checkbox"/> Visita a Domicilio Basada en la Evidencia   | <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños    |
| <input type="checkbox"/> Cuidado para mi Bebé    | <input type="checkbox"/> <i>Early On</i> <sup>®</sup>  | <input type="checkbox"/> Vínculos/ Apego     |
| <input type="checkbox"/> Comer, Dormir, Consolar | <input type="checkbox"/> Artículos para Mi Bebé (por ej.: asiento de automóvil, cuna, pañales, etc.)               | <input type="checkbox"/> Clases para Padre   |
| <input type="checkbox"/> Doula                   | <input type="checkbox"/> Conexiones Sociales (por ej.: grupos de padres, apoyo religioso, grupos culturales, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro:               |

## Seguridad

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica o Sensación de Inseguridad en el Hogar                 | <input type="checkbox"/> Ambiente Hogareño (por ej.: alarmas de humo que no funcionan, cables expuestos, pintura con plomo, etc.) | <input type="checkbox"/> Asistencia Legal |
| <input type="checkbox"/> Opciones de Almacenamiento Seguro de Sustancias, Medicaciones, Armas, etc. |   | <input type="checkbox"/> Otro:            |



## Como su pareja o cuidado adicional, quisiera ayudar con:

### Necesidades Básicas:

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con Vivienda y/o Servicios Públicos | <input type="checkbox"/> Comida   | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Coordinación del Cuidado                  | <input type="checkbox"/> Suministros de Posparto (por ej.: kits de higiene, extractores de leche, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro:      |

### Salud Conductual:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manejo de Casos               | <input type="checkbox"/> Consejería sobre el Uso de Sustancias  | <input type="checkbox"/> Apoyo para Pares                      |
| <input type="checkbox"/> Consejería sobre Salud Mental | <input type="checkbox"/> Apoyos para la Recuperación (por ej.: grupo de 12 pasos, Narcóticos Anónimos (Narcotics Anonymous, NA), Alcohólicos Anónimos (Alcoholics Anonymous, AA), etc.) | <input type="checkbox"/> Tratamiento Asistido con Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Otro:                         |   |  |

### Salud Física

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado Prenatal | <input type="checkbox"/> Pediatra |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental    | <input type="checkbox"/> Otro:                         |                                   |

### Apoyo Educativo

- |                                 |                                    |   |
|---------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Asistencia Legal |
| <input type="checkbox"/> Otro:  |                                    |   |

### Apoyo para Padres y Familias:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de Parto           | <input type="checkbox"/> Educación sobre Descanso Seguro   | <input type="checkbox"/> Desarrollo de Niños |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para la Lactancia | <input type="checkbox"/> Visita a Domicilio Basada en la Evidencia   | <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños    |
| <input type="checkbox"/> Cuidado para mi Bebé    | <input type="checkbox"/> <i>Early On</i> <sup>®</sup>  | <input type="checkbox"/> Vínculos/ Apego     |
| <input type="checkbox"/> Comer, Dormir, Consolar | <input type="checkbox"/> Artículos para Mi Bebé (por ej.: asiento de automóvil, cuna, pañales, etc.)               | <input type="checkbox"/> Clases para Padre   |
| <input type="checkbox"/> Doula                   | <input type="checkbox"/> Conexiones Sociales (por ej.: grupos de padres, apoyo religioso, grupos culturales, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro:               |

### Seguridad

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica o Sensación de Inseguridad en el Hogar                 | <input type="checkbox"/> Ambiente Hogareño (por ej.: alarmas de humo que no funcionan, cables expuestos, pintura con plomo, etc.) | <input type="checkbox"/> Asistencia Legal |
| <input type="checkbox"/> Opciones de Almacenamiento Seguro de Sustancias, Medicaciones, Armas, etc. |   | <input type="checkbox"/> Otro:            |



## Mis Proveedores

PROVEEDOR	NOMBRE	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Principal Proveedor de Cuidado		
Proveedor de Cuidado Prenatal		
Pediatra		
Proveedor de Tratamiento por Uso de Sustancias		
Visitador a Domicilio		
Coordinador de Casos para el Bienestar de Niños		
Proveedor/ Consejero de Salud Mental		
Otro:		

**Mi Sistema de Apoyo:** Por favor enumere a cualquier persona de su entorno que le pueda brindar apoyo. Esto podría incluir a su pareja, amigos, miembros familiares, proveedores de cuidado médico, consejeros espirituales, contacto de cuidado de niños en caso de emergencia, visitador a domicilio, grupos de los cuales forma parte tales como AA o NA, etc.

NOMBRE	RELACIÓN/ ROL	INFORMACIÓN DE CONTACTO

## Sea Amable Consigo Mismo

Usted posee muchas cualidades positivas y merece ser su mejor versión. Recuerde que puede haber momentos difíciles mientras trabaja para tener una vida próspera tanto para usted como para su familia y su bebé. Todos estamos en el proceso de aprender diferentes habilidades de vida para ser más felices y más sanos. El juicio y la falta de amabilidad – incluso cuando provenga de nosotros mismos – sólo se interponen en el camino. A medida que su viaje continúa, también lo harán su confianza personal y cuidado hacia usted y su familia.



# MI PLAN DE BIENESTAR FAMILIAR

Si usted decide comprometerse con la recuperación y reducir su uso de sustancias, es posible que encuentre baches en el camino. Es importante pensar de antemano en estrategias de logro, de modo que cuando pueda sentir la sensación de abstinencia tenga la preparación para responder. Adicionalmente, identificar a personas que le puedan ayudar a usted y sus hijos es esencial para asegurar el bienestar completo de su familia. Usted puede completar este plan de bienestar con el apoyo de un visitante a domicilio u otra persona de confianza.

## MIS SEÑALES DE ADVERTENCIAS SON:

Éstas pueden ser pensamientos, sentimientos o conductas que sugieran que está en riesgo de regresar al uso de sustancias.

## MIS ESTRATEGIAS DE RESPUESTA SON:

Éstas son cosas que usted puede hacer para elevar su estado de ánimo, tal como medicación o ejercicio.

## PERSONAS QUE ME BRINDAN APOYO:

Persona 1:

Número Telefónico:

Persona 2:

Número Telefónico:

Persona 3:

Número Telefónico:

## CÓMO PUEDEN AYUDARME LAS PERSONAS QUE ME BRINDAN APOYO:

Qué necesito que se haga:

Quién deseo que lo haga:

## PASOS QUE PUEDO SEGUIR PARA HACER QUE MI AMBIENTE SEA MÁS SEGURO:

- 
- 
- 
- 
- 

**¿QUIÉN PUEDE AYUDARME CON MIS HIJOS? POR EJEMPLO: CUIDADO DE NIÑOS, TRANSPORTE, COMIDA, VESTIMENTA, ETC.**

## EN EL CASO DE UNA CRISIS:

Llame al contacto de Emergencia 1:

Llame a la Línea Gratuita de Crisis (Crisis Hotline):

Llame a los Servicios de Emergencia:



