



Información de Contacto de la Familia

Apellido:	
Nombre/apodo del niño(a)	
Pronombres preferidos del niño(a):	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	

Contacto principal:	
Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Contacto secundario:	
Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Miembros Adicionales de la Familia:

Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	

Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	

Vecinos/Amigos:

Nombre:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Contacto de Trabajo:

Nombre:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	



Información de Contacto de Emergencia

Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre:	
Parentesco:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Información Rápida de Emergencia:

Diagnósticos Actuales:	
Medicamentos/dosis actuales:	
Alergias (alimentos/colorantes/medicamentos/látex):	
Número de miembro de Medic-Alert:	
Plan de crisis y ubicación del plan:	
Nombres de no contacto de miembros de familia:	

*** Llame al 911 para recibir ayuda de emergencia inmediata.
Línea de ayuda para suicidios y crisis 24/7 988 ó 800-273-8255
Asesoramiento en crisis 24/7 800-985-5990**



Información de Contacto del Proveedor Médico

Nombre del médico de atención primaria:	
Especialista:	
Afiliación hospitalaria:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre del médico de atención primaria:	
Especialista:	
Afiliación hospitalaria:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre del médico de atención primaria:	
Especialista:	
Afiliación hospitalaria:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre del médico de atención primaria:	
Especialista:	
Afiliación hospitalaria:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre del médico de atención primaria:	
Especialista:	
Afiliación hospitalaria:	
Número de teléfono:	
Dirección:	



Información de Contacto del Terapeuta

Nombre del terapeuta:	
Tipo de terapia:	
Afiliación a la consulta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del terapeuta:	
Tipo de terapia:	
Afiliación a la consulta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del terapeuta:	
Tipo de terapia:	
Afiliación a la consulta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del terapeuta:	
Tipo de terapia:	
Afiliación a la consulta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	



Información de Seguro/ Exenciones de Waiver

Compañía aseguradora principal:

Número de póliza:	
Número de grupo:	
Otros contactos importantes:	

Compañía aseguradora secundaria:

Número de póliza:		
Número de grupo:		
Otros contactos importantes:		

Información de la póliza de Medicaid:

Número RID:	
Organización de atención administrada:	
Nombre del administrador del caso:	
Teléfono del administrador de casos:	
Correo electrónico del gestor de casos:	

Compañía aseguradora complementaria:

Número de póliza:	
Número de grupo:	

Administrador de Exención de Waiver:

Administración de Compañía	
Nombre del Administrador del Caso:	
Teléfono del administrador de casos:	
Correo electrónico del administrador de casos:	

Información de Contacto del Proveedor de Waiver:

Nombre del contacto:	
Servicio/terapia:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del contacto:	
Servicio/terapia:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	



Equipos Médicos Duraderos / Compañía de Asistencia de Dispositivos de Comunicación:

Nombre del contacto:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	
Descripción del equipo:	
Edad del equipo:	
Fabricante del equipo/Número de modelo:	
Medidas y limitación de peso del equipo/Otro:	

Nombre del contacto:	
Número de teléfono:	
Dirección:	
Dirección de correo electrónico:	
Descripción del equipo:	
Edad del equipo:	
Fabricante del equipo/Número de modelo:	
Medidas y limitación de peso del equipo/Otro:	

Información de Contacto de la Farmacia:

Nombre de la farmacia:	
Nombre del medicamento:	
Número de receta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre de la farmacia:	
Nombre del medicamento:	
Número de receta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre de la farmacia:	
Nombre del medicamento:	
Número de receta:	
Número de teléfono:	
Dirección:	



Información de Contacto de Educación

Nombre de la escuela:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Nombre del maestro:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Maestro de registro:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Asistente instruccional:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Enfermera de la escuela:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Consejero escolar/terapeuta:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Contacto de atención extraescolar:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Director de educación especial:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Coordinador de 504:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Enlace/defensor de la educación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

**Recuerde mantener copias actualizadas y fácilmente accesibles de los Planes de Educación Individual, 504, Conductual, Evasión y Planes de Acción para Alergias/Asma/Convulsiones. Pida siempre copias de los mismos cada año y cuando se haya modificado alguna información.*



Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en agosto de 2023. Consulte <https://www.inf2f.org> para obtener la edición más reciente. Esta hoja informativa contó con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) como parte de una adjudicación por un total de \$89, 143 con un 87% financiado con fuentes no gubernamentales. El contenido es responsabilidad de INF2F y no representa necesariamente la opinión oficial ni el aval de la HRSA, el HHS o el Gobierno de EE.UU. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).