

Acta de Recuperación Integral y Adicción (CARA) Plan de Cuidado - Parte A

REPRESENTANTE de HOSPITAL, para todos los bebés que sufren o que existe causa razonable de que nacieron con un trastorno del espectro alcohólico fetal, o están afectados por el consumo y uso de sustancias o que presentan síntomas de abstinencia de un medicamento como resultado de la exposición a dicha droga en el útero, por favor:

1. Complete el Plan de Cuidado con la familia / cuidador del bebé;
2. Proporcione una copia de la **Parte B** del Plan. a la familia / cuidador del bebé; y
3. Proporcione una copia de las **Partes A y B** al DPBH dentro de las 24 horas posteriores a la fecha de alta del bebé.

La participación en un Plan de atención CARA es voluntaria y debe completarse antes de darse de alta en el hospital.

Sección I: Información del hospital

Nombre del hospital:

Médico de atención primaria del hospital:

Fecha real del alta del bebé:

Nombre y cargo de la persona que completa el formulario:

Número de teléfono: ()

Sección II: Notificación de CPS

¿Se realizó una notificación de CPS? Sí No - En caso afirmativo, número de referencia de CPS:

Sección III: Información del bebé

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Sexo:

Sección IV: Información de la madre (A menos que el bebé haya sido asignado a un cuidador que no sea el padre, tenga en cuenta la relación)

Relación con el bebé: madre padre abuelo(s) tía o tío otro pariente hermano otro – si tiene otra relación, tenga en cuenta:

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

(mm/dd/aaa)

Número de teléfono: ()

Código postal:

Sección V: Miembros adicionales que participan en el Plan de atención (opcional)

Nombre:

Relación con el bebé:

Sección VI: Uso de sustancias prenatales de la madre

Marque todas las que apliquen

Alcohol

Estimulantes (Adderall, Ritalin)

Metanfetamina / Anfetaminas (hielo, manivela, cristal, hielo, empeines, velocidad)

Marihuana/Hachís

Opioides -**Represcrito** buprenorfina (Subutex / Suboxone), fentanilo, hidrocodona, oxicodona, metadona)

Cocaína/Crack

Opioides - **Sin receta** (fentanilo, heroína, hidrocodona, oxicodona, buprenorfina, metadona)

Medicamentos de venta libre

Benzodiazepinas (Xanax, valium, klonopin, ativan) sedantes - hipnóticos ("drogas Z" ambien, lunesta, sonata)

Otros: **Barbitúricos, Sintéticos** (Sales de Baño, Éxtasis, Molly, etc.) **Alucinógenos** (LSD, PCP / angel polvo) **Tranquilizantes** (calmantes, ludes) **Inhalantes** (gasolina, pegamento, otros aerosoles) **Nicotina** (especifique):

Plan de Cuidado CARA – Parte B

La familia/cuidador del bebé y el representante del hospital completan la Parte B juntos.

Sección I: Referencias, educación y plan de atención

Marque las casillas para los servicios aplicables y las referencias nuevas del lactante y la madre / cuidadores:

	Se recomiendan los siguientes servicios	Persona/organización de referencia e información de contacto
Servicios para la madre/ el (los) cuidador (es)		
<input type="checkbox"/>	Tratamiento de trastornos por uso de sustancias	
<input type="checkbox"/>	Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)	
<input type="checkbox"/>	Apoyo de compañeros	
<input type="checkbox"/>	Grupo de 12 pasos	
<input type="checkbox"/>	Salud mental/psiquiatría	
<input type="checkbox"/>	Educación para la depresión posparto/ referencia	
<input type="checkbox"/>	Educación sobre la salud anticonceptiva/referencia	
<input type="checkbox"/>	Educación sobre la lactancia materna	
<input type="checkbox"/>	Mujeres, bebés y niños (WIC)	
<input type="checkbox"/>	Alimentos, ropa, energía o transporte	
<input type="checkbox"/>	Vivienda, refugio de emergencia, refugio seguro	
<input type="checkbox"/>	Empleo/Asistencia financiera/de seguros	
<input type="checkbox"/>	Educación, asistencia legal	
<input type="checkbox"/>	Información sobre hepatitis B y C	
<input type="checkbox"/>	Grupos de crianza	
<input type="checkbox"/>	Visitas al hogar	
<input type="checkbox"/>	Cuidado de relevo	
<input type="checkbox"/>	Servicios tribales	
<input type="checkbox"/>	Otros: tenga en cuenta:	
Servicios para bebés		
<input type="checkbox"/>	Pediatra	
<input type="checkbox"/>	Sueño seguro	
<input type="checkbox"/>	Intervención temprana	
<input type="checkbox"/>	Cuidado infantil y Head Start	
<input type="checkbox"/>	Servicios médicos	
<input type="checkbox"/>	Otros: tenga en cuenta:	

Proveedor de atención primaria de la madre:

Sección II Signatures:

(Indica consentimiento para la participación voluntaria en el desarrollo de t su Plan de atención y recibo de una copia del plan.)

Padre/cuidador:	Personal:
Fecha de la firma:	Fecha de la firma: