

**Plan de Cuidado CARA**

La ley Comprensiva de Recuperación de Adicciones, o el Plan de Cuidado "CARA", debe desarrollarse con la familia/cuidador y documentarse en todas las tomas de detección que identifiquen a un recién nacido como afectado por la(s) sustancia(s).

<b>Hospital:</b>		<b>Número de Teléfono:</b> ( )	
<b>Nombre y título de la persona completando el formulario:</b>		<b>Fecha de finalización:</b> / /	
<b>Sección I Información de los padres</b>			
Información de la madre			
Nombre:		Apellido:	
Número de Teléfono: ( )	Número de seguro social	Fecha de Nacimiento: / /	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Desconocida o no reportada			
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a Identificar/raza Desconocida <input type="checkbox"/> Multirracial		<b>Educación Completada:</b> <input type="checkbox"/> Asiste actualmente a la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Edad de escuela secundaria pero no asiste <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/GED completado <input type="checkbox"/> Inscrita en la Universidad <input type="checkbox"/> Algo de Universidad completada <input type="checkbox"/> Grado de asociado alcanzado <input type="checkbox"/> Licenciatura o algo más alto alcanzado	
<b>Ingreso Anual:</b> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> Más que \$50,000			
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, por favor note la ocupación:</b>			
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Nunca Casada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viviendo juntos (no casados) <input type="checkbox"/> Viuda			
<b>Información del padre:</b>			
Nombre:		Apellido:	
Número de Teléfono: ( )	Número de seguro social	Fecha de Nacimiento: / /	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección es igual a la de la madre y vaya a la pregunta sobre el origen étnico.			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido o no reportado			
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a Identificar/raza Desconocida <input type="checkbox"/> Multirracial		<b>Educación Completada:</b> <input type="checkbox"/> Asiste actualmente a la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Edad de escuela secundaria pero no asiste <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/GED completado <input type="checkbox"/> Inscrito en la Universidad <input type="checkbox"/> Algo de Universidad completada <input type="checkbox"/> Grado de asociado alcanzado <input type="checkbox"/> Licenciatura o algo más alto alcanzado	
<b>Ingreso Anual:</b> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> Más que \$50,000			
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, por favor note la ocupación:</b>			
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viviendo juntos (no casados) <input type="checkbox"/> Viudo			

Sección II Información del Infante:			
Nombre:		Apellido:	
Médico de cabecera:		Fecha de Nacimiento: / /	Sexo:
Edad gestacional en el momento del nacimiento (semanas):		Percentil de crecimiento:	
Peso al nacer: (lbs) (oz)	Puntaje de Apgar (1 min.) (5 min.) (10 min.)	Circunferencia de la cabeza: (cm)	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido o no reportado			
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiani/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a Identificar/raza Desconocida <input type="checkbox"/> Multirracial			
¿Complicaciones del recién nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor note:			
¿Diagnóstico médico infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor note:			
Pediatra de cabecera:		Proveedor de seguro de salud (opcional):	
¿Se inició la lactancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿por qué? Por favor note:			
¿Se inició la intervención no farmacológica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor note:			
Fecha de ingreso al hospital: (mm/dd/aaaa)		Fecha de alta anticipada por el hospital: (mm/dd/aaaa)	
Colocación del bebé			
¿Dónde se colocó al bebé? <input type="checkbox"/> con la madre biológica <input type="checkbox"/> con el padre biológico <input type="checkbox"/> con los dos padres biológicos <input type="checkbox"/> con un padre de crianza con licencia <input type="checkbox"/> con un familiar <input type="checkbox"/> con un cuidador no familiar			
Información del cuidador (si el bebé ha sido colocado con un padre de crianza con licencia, un cuidador familiar o un cuidador no familiar, complete esta sección)			
Nombre:		Apellido:	Número de teléfono: ( )
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Codigo Postal:		Condado:
Sección III Salud y Cuidado Prenatal de la Madre:			
¿Cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondio si, ¿A las cuántas semanas realizo una visita inicial? (edad gestacional):	
Altura antes del embarazo: (pulgadas)	Peso antes del embarazo: (libras)	Número de partos anteriores:	
Fecha del último nacimiento vivo (si corresponde):		Número de terminaciones (si corresponde):	
¿Informe de toxicología? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, por favor adjunte el Informe de toxicología.			
Procedimientos obstétricos (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Cerclaje cervical <input type="checkbox"/> Tocólisis <input type="checkbox"/> ninguno de estos <input type="checkbox"/> no especificado			
Modo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Parto vaginal después de la cesárea anterior <input type="checkbox"/> Cesárea repetida <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿ Ha la madre recibido la vacuna contra la Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿Recibió la prueba de Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Le han hecho la prueba del Hepatitis B a la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Cuáles fueron los resultados? <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg			
¿Se completó la prueba prenatal de sífilis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Durante qué trimestre? <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> ambos 1º y 3º			
¿Complicaciones del embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor note:			
Historial médico de la madre:			
¿Historial de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor note:			
¿Historial de uso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, por favor note:			

Sección IV Exposiciones				
¿Está la paciente dispuesta a hablar sobre su consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Durante qué trimestre ocurrió el uso?		
Marque todos los que apliquen:	Método de uso:	Primero	Segundo	Tercer
<input type="checkbox"/> ¿Consumo de tabaco?	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Mascar tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Productos electrónicos de nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Consumo de alcohol?	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Marihuana? Si es así, ¿Qué tipo? <input type="checkbox"/> Flor <input type="checkbox"/> concentrados	<input type="checkbox"/> Inhalación (fumar, vapear, frotar) <input type="checkbox"/> Oral (aceites, tinturas, productos comestibles) <input type="checkbox"/> Tópico (cremas, aceites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Uso medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿Qué tipo? <input type="checkbox"/> Opioides, metadona y/o fentanilo <input type="checkbox"/> Buprenorfina (Subutex/Suboxone) <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique):	<input type="checkbox"/> Tragado <input type="checkbox"/> Esnifado <input type="checkbox"/> Inyectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Uso drogas sin receta? Si es así, ¿Qué tipo?	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso Ilícito de Drogas				
<input type="checkbox"/> Anfetaminas (metanfetamina, parte superior, hielo, cristal, velocidad, manivela)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barbiturates		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benzodiazepines		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cocaína		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éxtasis (E, Molly, MDMA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalantes (aspiración de gasolina, pegamento, lacas para el cabellou otros aerosoles)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heroína		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de Ángel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opioides (metadona, oxicodona, hidrocodona, fentanilo)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tranquilizantes (calmantes, ludes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estimulantes (Adderall, Ritalin, otros)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Uso drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Notas:				

**Plan de Cuidado CARA**

Esta parte del formulario del Plan de Cuidado CARA debe ser completada con el apoyo de la familia/cuidador del infante. Una vez completada, proporcione una copia de las páginas 4 y 5 a la familia/cuidador del bebé.

<b>Sección V Referencias y Plan de Cuidado</b>				
<b>Tipo de referencias necesarias:</b>	<b>Actual</b>	<b>Nuevo</b>	<b>Persona/Organización</b>	<b>Información del contacto</b>
Servicios de uso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Salud anticonceptiva, es decir, LARC Anticonceptivo reversible de acción prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios médicos y asistencia de seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plan de sueño seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
WIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervención temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentos, vestimenta, vivienda, energía, transporte y refugio de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Visitas a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Guarderías con licencia y cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Educación, empleo, asistencia legal y financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidado de respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Servicios tribales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro-tenga en cuenta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿La madre tenía estos servicios antes del parto? Si/No ¿Qué servicios?				
<b>Plan de Seguimiento:</b>				
Puntos fuertes y metas de la familia después de haber sido dada de alta:				
Enumere los recursos de la familia:				
Lista de Proveedor(es) de monitoreo si se conocen::				

Participantes en el Plan de Atención	
¿Quién más aparte de la madre/padre/cuidador va a participar en el Plan de Cuidado CARA? ¿Cuántos participantes se esperan? _____	
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tien otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Relación con el bebé:</b> <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> compañero de cuarto <input type="checkbox"/> <b>otro si tiene otra relación, por favor note:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Firmas:</b>	
<b>Padre/cuidador:</b>	<b>Personal:</b>