



Una entidad pública financiada por los impuestos recaudados de la venta de productos de tabaco a través de la Proposición 10

Registro Médico Portátil

para

Nombre de su niño(a)

Un “Registro Médico Portátil” para ayudar a padres y guardianes manejar y organizar el historial y necesidades médicas de su niño(a)

Este registro le da la oportunidad de anotar información importante acerca de su niño(a) para compartir con profesionales médicos, escolares, u otros.

INDICE

Consejos al Preparar a Ver Médicos/Tips on Preparing to See the Doctor	3
Para Uso del Médico/ For Physicians Use	4
Información de Padre/Guardian - Parent/Caregiver Information	5
Contactos de Emergencia/ Emergency Contacts	5
Información de niño(a) - Child’s Information	6
Diagnostico de su Niño(a)/ Child’s Diagnosis	6
Historial Médico de su Niño(a)/ Child’s Medical History	7
Desarrollo Físico, Psicológico y Social de su Niño(a)/ Child’s Physical, Psychological and Social Development	8
Diario de Alergias/ Allergy Record Log	8
Diario de Medicamentos/ Medicine Log	9
Registro de Administración de Vacunas/Immunization Registry	10
Cuadro de Peso Mensual/Monthly Weight Chart	11
Alimentación/Feeding	11
Dieta Especial e Instrucciones/Special Diet and Instructions	11
Números Médicos Importantes/Important Medical Numbers	12
Especialistas/Proveedores de Otro Cuidado	13
Hospitalizaciones/Información de Cirugia	14
Farmacias/Pharmacies	15
Diario de Equipo/Equipment Log	16
Información de Seguro/Insurance Information	17
Insurance Notes/Notas de Seguro	17
Información de Seguro Dental/Dental Insurance Information	18
Historial de Erupción Dental/Teeth Eruption History	18
Información Dental/Dental Information	19
Números Importantes de la Comunidad/Important Community Numbers	25
Números Importantes Educativos/Important Educational Numbers	26
Community Agencies/Agencias Comunitarias	27
Contactos de Teléfono/Telephone Contacts	28
Recursos Públicos – Riverside/Public Resources - Riverside	30
Glosario/Glossary	31

Querido Padre o Proveedor,

Este Registro Médico Portátil (R.M.P.) se le proporciona por parte de Primeros 5 Riverside, Plan de Salud Inland Empire, y Servicios de Niños en California. Padres y profesionales diseñaron este R.M.P. para que usted pueda arreglar y mantener documentos importantes para su niño(a).

Le animamos que lleve el R.M.P. con usted a todas las reuniones y citas de su niño(a). Esto ayudara a profesionales comprender mejor sus necesidades, los servicios que están siendo proporcionados, y que tipo de referencias quizás se tengan que hacer. Además, este R.M.P. le ayudara en seguir las enfermedades y medicinas de su niño(a) entre visitas al médico, anotar vacunas, proveer información a nuevos médicos, y ayudar a organizar el historial médico general para responder a las preguntas de médicos. También incluido esta la página de Recursos Públicos con una lista de agencias que quizás pueden ofrecerle a usted y su familia servicios.

Esperamos que este R.M.P. sea útil, porque como dijo Helen Keller “solos podemos hacer poco, juntos lograremos mucho” Los mejores deseos para usted y su familia!

Primeros 5 Riverside

Consejos al Preparar a Ver Médicos/Tips on Preparing to See the Doctor

1. Prepárese:

- a. Traiga cualquier información acerca de su niño/a incluso este registro y copias de autorizaciones de seguro..
- b. Traiga bolígrafo/lápiz y papel para tomar notas.
- c. Revise sus datos y esté informado acerca de todos los cambios en el estado de salud de su niño(a).
- d. Mantenga una lista de medicinas que su niño(a) esta tomando ahora mismo, incluso las que no son recetadas. (Utilize el diario de medicaciones en este registro)
- e. Mantenga una lista de reacciones que su niño(a) ha tenido de medicinas, incluso las que no son recetadas. (Utilize el diario de alergias en este registro)
- f. Escriba todas sus preguntas antes de llamar o visitar a su médico.

2. Dígale al médico:

- a. Como su niño(a) ha estado.
- b. Información acerca de logros y recaídas.
- c. Información acerca de cambios y síntomas diferentes al estado normal de su niño/a.
- d. Sus preocupaciones.
- e. Cuando empezaron a cambiar los síntomas.
- f. Cuantas veces y cuando ocurren los síntomas.
- g. Que hizo usted para reducir los síntomas y como respondió su niño(a).

3. No se vaya de la oficina del médico sin:

- a. Instrucciones y nombres de las medicinas de su niño(a).
- b. Preguntar cuanto tiempo estará su niño(a) en medicamento y si hay rellenos.
- c. Preguntar acerca de posibles efectos secundarios o reacciones.
- d. Preguntar acerca de lo que puede comer su niño(a) con el nuevo medicamento.
- e. Preguntar si necesita aprobación de su seguro antes de llenar la receta.
- f. Comprender todas las preguntas de seguimiento, incluso como reportar cambios en síntomas.
- g. Preguntar al médico si necesita una visita de seguimiento.
- h. Hacer la proxima cita, si es necesario.
- i. Informar la recepción si cree que necesita mas tiempo o acomodaciones especiales.

Para Uso del Médico/For Physicians Use

Favor de llamar a las siguientes agencias para conseguir información adicional acerca del historial médico de su paciente/ Please contact the agencies below to get additional information on your patient's medical history.

Riverside County California Children's Services (CCS)			
10769 Hole Avenue, Suite 220	Riverside	CA	92505
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office: (951) 358-5000	Fax: (951) 358-5198	
Inland Empire Health Plan			
303 E. Vanderbilt Way	San Bernardino	CA	92408
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office: 1-800-440-4347	Fax: 909-890-2003	
Riverside County Child Health and Disability Prevention Program			
3900 Sherman Drive, Suite G	Riverside	CA	92503
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office: 951-358-5481	Fax: 951-358-5002	
Riverside County VaxTrack Immunization Registry			
10370 Hemet Street, Suite 100	Riverside	CA	92503
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office: 951-354-1400	Fax: 951-354-1475	
San Bernardino VaxTrack Immunization Registry			
799 E. Rialto Avenue	San Bernardino	CA	92415-0011
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office: 909-387-6600	Fax: 909-386-8325	
Other Resources/Otros Recursos			
Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/Zip Code
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office:	Fax:	
Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/Zip Code
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office:	Fax:	
Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/Zip Code
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office:	Fax:	

Información de Padre/Guardián - Parent/Caregiver Information

Nombre de Madre/Mother's Name				
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Casa/ Home	Trabajo/ Work	Celular/ Cell	Beeper/ Pager
Empleador/ Employer				
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/ Zip
Nombre del Padre/ Father's Name				
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Casa/ Home	Trabajo/ Work	Celular/ Cell	Beeper/ Pager
Empleador/ Employer				
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/ Zip
Nombre de Guardian/Caregiver's Name		Relación/ Relationship		
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Casa/ Home	Trabajo/ Work	Celular/ Cell	Beeper/ Pager
Empleador/ Employer				
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/ Zip
Proveedor de cuidado de niño(a)/ Childcare Provider		Programa/Agencia/ Program/Agency		
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Casa/ Home	Trabajo/ Work	Celular/ Cell	Beeper/ Pager
Contactos de Emergencia/ Emergency Contacts				
Nombre de Contacto/Contact's Name		Relación/Relationship		
Dirección/ Address		Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Casa/ Home	Trabajo/ Work	Celular/ Cell	Beeper/ Pager

Información de niño(a) - Child's Information			
Nombre de niño(a)/ Child's Name	Primer nombre/ First name	Segundo nombre/ Middle	Apellido/ Last
Dirección/ Address			
Ciudad/ City			Estado/ State
			Código postal/ Zip
Sexo/Sex <input type="checkbox"/> Masculino/ Male <input type="checkbox"/> Femenina/ Female		Raza/ Race	Religión/ Religion
Color de Cabello/ Hair Color		Color de Ojos/ Eye Color	Blood Type/ Tipo de Sangre
Fecha de nacimiento/ Date of Birth	Lugar de nacimiento/ Birthplace	Peso y 5altura al nacer/ Birth Weight & Height	¿Hubieron complicaciones en el parto?/ Any complications during birth?/
Marcas de nacimiento o características distintas/ Birth marks or distinguishing characteristics			

Diagnóstico de su Niño(a)/ Child's Diagnosis	
Pida a su proveedor médico ayuda en llenar esta información/ Ask your medical provider for help in filling out this section/	
1.	Fecha/ Date Explicación de encuentros físicos o neurologicos/ Explanation of physical or neurological findings
2.	
3.	
4.	
Resumen/ Summary	

Historial Médico de su Niño(a) / Child's Medical History

Tiene su niño/a una historia de: Does the Child have previous history of:	SI/YES	NO	Tiene su niño/a una historia de: Does the Child have previous history of:	SI/YES	NO
Alergias–Ambiente/Allergies-Environment Ver página 8/ See page 8			Dolor de cabeza/Headaches		
Alergias – Comida(s)/ Allergies-Food(s) Ver página 8/ See page 8			Heridas de Cabeza, Concusión, Desmayo/ Head Injuries, Concussion, Unconsciousness		
Allergies-Medications Alergias - Medicamentos Ver página 8/ See page 8			Problemas para oír/Hearing Problems		
Allergies-Insect Bites/Strings Alergias – Picadas de insectos Ver página 8/ See page 8			Enfermedad del Corazón/Heart Disease		
Allergies-Other Alergias - Otras Ver página 8/ See page 8			Hepatitis		
Anemia			Hernia		
Asma/Asthma			Presión Alta/High Blood Pressure		
Mojar la cama/Bed-wetting			Fiebres altas (41° C o más)/ High Fevers (105° or more)		
Problemas de comportamiento/ Behavioral Issues			Enfermedad del riñon y/o infección/ Kidney Disease and/or infection		
Defectos al nacer/Birth Defects			Exposición al plomo/Lead Exposure		
Tendencias de sangrar/Bleeding Tendencies			Herida del cuello/Neck Injury		
Enfermedad del hueso/herida de coyuntura/ Bone/Joint Injury/Disease/			Exposición prenatal a sustancias o abuso de sustancias/ Prenatal Substance Abuse Exposure		
Cancer			Fiebre reumática/ Rheumatic Fever		
Lentes de contacto/Lentes/ Contact Lenses/Glasses			Epilepsia (convulsions)/ Seizure Disorder		
Enfermedad(es) contagiosas/ Contagious Disease(s)			Enfermedades de la piel/Skin Disease		
Convulsiones/Convulsions			Dolores de garganta/Sore Throats		
Diabetes			Fórmulas o dietas especiales/Special Diets or Formula		
Mareos/Dizziness			Problemas de Comunicación/Speech Problem		
Eczema			Dolor de estómago, vómitos, diarrea/ Stomach Aches, Vomiting, Diarrhea		
Trastornos psicológicos o emocionales/Emotional/Psychological Disorders/			Tuberculosis		
Resfriados frecuentes/Frequent Colds			Problemas de la vista/ Vision Problem		
Infecciones frecuentes de oído/ Frequent Ear Infections					
Orinar frecuentemente/Frequent Urination/					

Desarrollo Físico, Psicológico y Social de su Niño(a)/

Child's Physical, Psychological and Social Development

A cuantos meses su niño/a:

At how many months did your child:

Movió brazos y piernas Move arms & legs	Revolcó Roll over	Sentó sin ayuda Sit independently	Gateó Crawl
Se alimento solo(a) Feed self	Camino solo(a) Walk by him or herself	Dijo palabras Say words	Jugó con juguetes Play with toys
Apuntó hacia partes del cuerpo Point to body parts	Siguió direcciones Follow directions	Dijo frases Say sentences	Montó triciclo Ride tricycle
Entrenado(a) para usar el excusado para evacuar sus intestinos Bowel trained <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No ¿A que edad? At what age? _____		Entrenado(a) para usar el excusado para orinar Bladder trained <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No ¿A que edad? At what age? _____	

Dormir es/Sleep is: Tranquilo/Restful Inquieto/Restless Trastornado (pesadillas, golpes con la cabeza)/
 Disturbed (rocking, nightmares, headbanging)

Temperamento de su niño(a)/ Child's Nature/Temperament:

- Contento(a)/HAPPY
- Penoso(a)/SHY
- Activo(a)/ Active
- Goza con otros Niños/ Enjoys other children
- Rabietas/ Tantrums
- Llora fácilmente/Cries easily
- Miedo a/Scared of _____

Describa cosas en la vida de su niño/a que el médico querrá saber

Describe things in your child's life that your child's doctor might want to know

Diario de Alergias/ Allergy Record Log

Fecha/Date	Alergia/Allergy	Tipo de Reacción/ Type of Reaction

Cuadro de Peso Mensual/ Monthly Weight Chart

Fecha Date	Edad Age	Peso (en libras) Weight (in Pounds)	Altura (en pulgadas) Height (in Inches)	Cambio Change +/-		Fecha Date	Edad Age	Peso (en libras) Weight (in Pounds)	Altura (en pulgadas) Height (in Inches)	Cambio Change +/-

Alimentación/ Feeding

<input type="checkbox"/> Dieta regular/ Regular diet	<input type="checkbox"/> Sin asistencia/ No assist	<input type="checkbox"/> Platos o utensilios especiales (copa, cuchara, tenedor, cuchillo, botella)/ Special dishes or utensils (cup, spoon, fork, knife, bottle)	<input type="checkbox"/> Formulas especiales/ Special formulas
<input type="checkbox"/> Dieta ligera/ Soft dieta	<input type="checkbox"/> Asistencia parcial/ Partial assist	<input type="checkbox"/> Asistencia completa/ Total assist	<input type="checkbox"/> Hecho pure/ Pureed
<input type="checkbox"/> Comida pequeña/ Finger foods	<input type="checkbox"/> Bomba para los alimentos/ Feeding pump/tube		
Food Allergies:			

Dieta Especial e Instrucciones/ Special Diet and Instructions

Fecha de Comienzo Start Date	Tipo Type	Ruta Route	Cantidad/Horario Amount/Schedule

Números Médicos Importantes/Important Medical Numbers

Médico Primario/Primary Physician				Especialidad/Specialty					
Dirección/Address			Ciudad/City			Estado/State		Código postal/Zip	
Números Telefónicos/ Phone Numbers		Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager	
Horas/Hours				Correo electrónico/E-mail					
Coordinador(a)/Care Coordinator				Agencia/Agency					
Dirección/Address			Ciudad/City			Estado/State		Código postal/Zip	
Números Telefónicos/ Phone Numbers		Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager	
Horas/Hours				Correo electrónico/E-mail					
Clinica de Cuidado Urgente/ Urgent Care/After Hours Clinic									
Dirección/Address			Ciudad/City			Estado/State		Código postal/Zip	
Números Telefónicos/ Phone Numbers		Oficina/Office			Fax				
Horas/Hours				Correo electrónico/E-mail					
Hospital Primario/Primary Hospital									
Dirección/Address			Ciudad/City			Estado/State		Código postal/Zip	
Números Telefónicos/ Phone Numbers		Oficina/Office			Fax				
Hospital Secundario/Secondary Hospital									
Dirección/Address			Ciudad/City			Estado/State		Código postal/Zip	
Números Telefónicos/ Phone Numbers		Oficina/Office			Fax				

Especialistas/Proveedores de Otro Cuidado

Specialists/Other Care Providers

Proveedor/Provider				Especialidad/Specialty			
Clínica/Clinic							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager
Horas/Hours				Correo electronico/E-mail			
Proveedor/Provider				Especialidad/Specialty			
Clínica/Clinic							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager
Horas/Hours				Correo electronico/E-mail			
Proveedor/Provider				Especialidad/Specialty			
Clínica/Clinic							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager
Horas/Hours				Correo electronico/E-mail			
Proveedor/Provider				Especialidad/Specialty			
Clínica/Clinic							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager
Horas/Hours				Correo electronico/E-mail			
Proveedor/Provider				Especialidad/Specialty			
Clínica/Clinic							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office		Fax		Celular/ Cell		Beeper/ Pager
Horas/Hours				Correo electronico/E-mail			

Hospitalizaciones/Información de Cirugía

Hospitalizations/Surgery Information

Fecha/Date	Médico/Hospital/Doctor/Hospital	Hospitalizaciones/Cirugía/Hospitalizations/Surgery	Procedimiento/Procedures

Farmacias/Pharmacies

Farmacia/ Pharmacy (1)			
Farmacéutico/Pharmacist			
Dirección/ Address		Ciudad/City	Estado/State
Código postal/zip			
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/ Pager
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail	
Farmacia/ Pharmacy (2)			
Farmacéutico/Pharmacist			
Dirección/ Address		Ciudad/City	Estado/State
Código postal/zip			
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/ Pager
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail	
Farmacia/ Pharmacy (3)			
Farmacéutico/Pharmacist			
Dirección/ Address		Ciudad/City	Estado/State
Código postal/zip			
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/ Pager
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail	
Farmacia/ Pharmacy (4)			
Farmacéutico/Pharmacist			
Dirección/ Address		Ciudad/City	Estado/State
Código postal/zip			
Números Telefónicos/ Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/ Pager
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail	

Diario de Equipo/Equipment Log

Fecha Date	Equipo/Producto Equipment/ Product	Vendedor Comprado o Alquilado Vendor Purchased or Rented From	Número Serial Serial Number	Horario de Servicio Service Schedule	Contacto de Servicio Service Contact	Otra Información Other Information
	<input type="checkbox"/> Dueño/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent	Nombre/Name Teléfono/Phone			Nombre/Name Teléfono/Phone	
	<input type="checkbox"/> Dueño/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent	Nombre/Name Teléfono/Phone			Nombre/Name Teléfono/Phone	
	<input type="checkbox"/> Dueño/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent	Nombre/Name Teléfono/Phone			Nombre/Name Teléfono/Phone	
	<input type="checkbox"/> Dueño/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent	Nombre/Name Teléfono/Phone			Nombre/Name Teléfono/Phone	
	<input type="checkbox"/> Dueño/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent	Nombre/Name Teléfono/Phone			Nombre/Name Teléfono/Phone	

Información de Seguro Dental/Dental Insurance Information	
Primario/Primary	Secundario/Secondary
Nombre del Plan Dental/Dental Plan Name	Nombre del Plan Dental/Dental Plan Name
Dirección de Plan Dental/Dental Plan Address	Dirección de Plan Dental/Dental Plan Address
Teléfono/Dental Plan Phone	Teléfono/Dental Plan Phone
Número de Póliza de Plan Dental/Dental Plan Policy Number	Número de Póliza de Plan Dental/Dental Plan Policy Number
Nombre de Dentista/Dentist Name	Nombre de Dentista/Dentist Name
Dirección de Dentista/Dentist Address	Dirección de Dentista/Dentist Address
Horas/Dentist Hours	Horas/Dentist Hours

Historial de Erupción Dental/Teeth Eruption History

Diente/Tooth	Nombre de Diente/Tooth Name	Periodo de Erupción/Eruption Period	Fecha de Erupción/Eruption Date	Esquema/Diagram	Diente/Tooth	Nombre de Diente/Tooth Name	Periodo de Erupción/Eruption Period	Fecha de Erupción/Eruption Date
E	Incisivo Central Central Incisor	8-12 Meses/Months			P	Incisivo Central Central Incisor	8-12 Meses/Months	
F			O					
D	Incisivo Lateral Lateral Incisor	9-13 Meses/Months			Q	Incisivo Lateral Lateral Incisor	9-13 Meses/Months	
G			N					
C	Canino Canine (Cuspid)	16-22 Meses/Months			R	Canino/Canine (Cuspid)	16-22 Meses/Months	
H			M					
B	Primera Muela First Molar	13-19 Meses/Months			S	Primera Muela First Molar	13-19 Meses/Months	
I			L					
A	Segunda Muela Second Molar	25-33 Meses/Months			T	Segunda Muela Second Molar	25-33 Meses/Months	
J			K					

Información Dental/Dental Information

Fecha Date	Procedimiento Procedures	Dentista, Oficina, Ubicación, y Teléfono Dentist, Office Location, & Phone Number	Resultados de Seguimiento Follow-up/Results

Números Importantes de la Comunidad/Important Community Numbers

Centro Regional/Regional Center					
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/Zip
Contacto/Contact 1 2				Extensión/Extension	
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/Pager	Celular/Cell	
	1 2	1 2	1 2	1 2	
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail 1 2		
Servicios de Niños de California/California Children's Services (CCS)					
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/Zip
Contacto/Contact 1 2				Extensión/Extension	
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/Pager	Celular/Cell	
	1 2	1 2	1 2	1 2	
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail 1 2		
Otro/Other					
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/Zip
Contacto/Contact 1 2				Extensión/Extension	
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Beeper/Pager	Celular/Cell	
	1 2	1 2	1 2	1 2	
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail 1 2		

Números Importantes Educativos/Important Educational Numbers

Escuela/School		Maestro(a)/Teacher Director/Principal		Salon/Room	
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax		Celular/Cell	
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail			
Maestro(a) de Intervención Temprana Early Intervention Teacher		Nombre de Contacto/Contact Name			
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax		Celular/Cell	
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail			
Coordinador del Distrito Escolar School District Transition Coordinator		Nombre de Contacto/Contact Name			
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax		Celular/Cell	
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail			
Agencia de Transporte (1) Transportation Agency (1)		Nombre de Contacto/Contact Name			
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax		Celular/Cell	
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail			
Agencia de Transporte (2) Transportation Agency (2)		Nombre de Contacto/Contact Name			
Dirección/ Address		Ciudad/City		Estado/State	Código postal/zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax		Celular/Cell	
Horas/Hours		Correo electronico/E-mail			

Community Agencies/Agencias Comunitarias

Agencia/Agency				Servicio/Service			
Contacto/Contact							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Celular/Cell	Beeper/Pager			
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail				
Agencia/Agency				Servicio/Service			
Contacto/Contact							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Celular/Cell	Beeper/Pager			
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail				
Agencia/Agency				Servicio/Service			
Contacto/Contact							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Celular/Cell	Beeper/Pager			
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail				
Agencia/Agency				Servicio/Service			
Contacto/Contact							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Celular/Cell	Beeper/Pager			
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail				
Agencia/Agency				Servicio/Service			
Contacto/Contact							
Dirección/ Address			Ciudad/City			Estado/State	Código postal/Zip
Números telefónicos/Phone Numbers	Oficina/Office	Fax	Celular/Cell	Beeper/Pager			
Horas/Hours			Correo electronico/E-mail				

Contactos de Teléfono/Telephone Contacts

Fecha/Date	Nombre/Teléfono Name/Telephone	Proposito Purpose	Tipo Type	Resultado Result
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	

Contactos de Teléfono/Telephone Contacts

Fecha/Date	Nombre/Teléfono Name/Telephone	Proposito Purpose	Tipo Type	Resultado Result
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	
			<input type="checkbox"/> Teléfono/ Telephone <input type="checkbox"/> Escrito/ Written <input type="checkbox"/> En Persona/In- Person <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electronico/ Email <input type="checkbox"/> Fax	

Recursos Públicos – Riverside / Public Resources - Riverside

Family Assistance Programs/ Programas de Asistencia Familiar	
Supplemental Security Income (SSI) Provee asistencia financiera y Medi-Cal a individuos incapacitados de bajos ingresos. Provides cash assistance & Medi-Cal to low income disabled individuals	800-772-1213
Mujeres, Infantes y Niños/Women, Infant and Children (WIC). WIC provee educación nutricional y evaluación de dieta para participantes. Los de alto riesgo reciben consejos nutricionales. También presta bombas de mamar para mujeres amamantando de bajo ingreso. Provides nutrition education, diet evaluation for all participants, High-risk participants receive dietary counseling. Breast pump loans to low-income nursing women.	800-455-4942
Family Support & Advocacy/Avocacia y Apoyo Familiar	
Alternativas a la Violencia Domestica/Alternatives to Domestic Violence Servicios para víctimas de violencia doméstica. Ofrece una línea de crisis de 24 horas para víctimas de violencia doméstica. Services for victims of domestic violence. Alternatives to Domestic Violence offer a 24-hour crisis line to victims of domestic violence.	800-339-7233
Referencias de Cuidado Infantil/Child Care Referrals (Riverside County Office of Education) Referencias de Cuidado Infantil por todo el condado. Countywide child care referrals	800-442-4927
Servicios Protectivos de Niños/Child Protective Services (CPS) Department of Public Social Services Investiga reportes de abuso de niños. Investigates reports of child abuse.	800-442-4918
Comienzo Temprano – Red de Recursos Familiares/Early Start - Family Resource Network Provee información gratuita por una biblioteca para padres, avocacia, y apoyo de padre-a-padre para niños incapacitados de 0-3 a años. Provides free information through a parent library, advocacy, and parent-to-parent support for children with disabilities and/or special health care needs (ages 0-3).	800-974-5553
Red de Prevención de Heridas/Injury Prevention Network Programa de Asientos de Carros a bajo costo para niños incluso los incapacitados. Low cost car seat program and car seat program for children with special needs.	800-774-7237
Servicios de Salud/Health Services	
Programa de Prevención de Incapacidad y Salud de Niños/Child Health & Disability Prevention Program (CHDP) Provee exámenes comprensivos de salud y vacunas para niños elegibles. Niños sin seguro médico menos de los 12 años y con ingresos al o menos de 200% de la guía federal de ingresos, niños con Medi-Cal menos de 21 sin estar asignado a un plan de Cuidado Manejado Medi-Cal son elegibles para este programa. Provides comprehensive health examinations and immunizations to eligible children. Eligibility: Children without health insurance under the age of 19 with incomes at or below 200% of the federal income guidelines; children with Medi-Cal under the age of 21 who are not assigned to a Medi-Cal Managed Care Plan.	800-346-6520
Servicios de Niños de California/California Children Services (CCS) Un programa estatal que arregla, dirige y paga por cuidado médico, equipo, y rehabilitación. Cuando estos servicios están autorizados por el programa. Servicios autorizados incluyen para niños menos de 21 años quienes tienen condiciones médicas elegibles y sus familias no pueden pagar todo o parte del cuidado, con el profesional mas calificado para esa condición. No es un plan de seguro médico CCS is a statewide program that arranges, directs, and pays for medical care, equipment, and rehabilitation, when these services are authorized by the program. Services can be authorized for children and young adults under 21 years of age who have eligible medical conditions and whose families are unable to pay for all or part of their care. CCS defines eligibility and selects the most qualified professional to treat the child's CCS-eligible condition. CCS is not a health insurance program.	951-358-5401
Denti-Cal Programa provee referencias a doctores y dentistas que aceptan Medi-Cal. Program provides referrals to doctors and dentists that accept Medi-Cal.	800-322-6384
Healthy Families / Healthy Kids /Medi-Cal Programa es estatal y fundado a nivel federal para cubrir servicios de salud para niños con ingresos de familia mas alla del nivel eligible de ingresos menos de 250% de la guía federal de ingresos (\$36,576 para una familia de tres). The Healthy Families Program is a state and federally funded health coverage program for children with family incomes above the level eligible for no cost Medi-Cal and below 250% of the federal income guidelines (\$36,576 for a family of three).	800-880-5305
Salud Mental – Equipo de Acceso Central/Mental Health – Central Access Team Información especializada y referencias para terapeutas, psiquiatras y psicólogos. Specialized information and referral for Therapist, Psychiatrist, LCSW, and Psychologist.	800-706-7500
Educational & Developmental Services/Servicios Educativos y de Desarrollo	
Comienzo Temprano (0-3 años)/Early Start (birth to 3 yrs of age) Manejo de casos, educación para padres, referencias y coordinación de cuidado médico, y compra de servicios necesarios para niños incapacitados y/o niños de alto riesgo de quedar incapacitados de 0-3 años. Case management services, parent education, referral and coordination of medical care, and purchase of needed services for children with disabilities and/or children at high risk of disability (ages 0-3).	800-515-2229
Círculo Infantil/Infant Circle Educación pública, programas en casas y centros para niños incapacitados y o con necesidades especiales, manejo de casos para niños con menos incapacidad, tal como oído, visual, y ortopédico (0-3 años). Public education, home and center-based programs for children with disabilities and/or special health care needs case management services for children with low incidence disabilities such as hearing, visual and orthopedic disabilities (ages 0-3).	951-683-0112
Centro Regional/Inland Regional Center Evaluación y manejo de casos para niños mayores de 3 años con autismo, epilepsia, y retraso mental. Assessment, evaluation and case management services for children age 3 years and up with autism, cerebral palsy, epilepsy, and mental retardation. (Services for ages 3 and over).	909-890-3000
Centro de Entrenamiento y Asesoría/Interagency Assessment and Training Center (IATC) Programa de asesoría e intervención temprana intensiva para niños de 15 meses a 5 años con una diagnosis de autismo. Servicios intensivos de salón y apoyo/educación de padres. Clientes pueden ser referidos por una variedad de agencias. Extended assessment and intensive early intervention program for children 15 months to 5 years with diagnosis of autism. Intensive classroom and parent education/support services. IATC clients can be referred by a variety of agencies.	951-826-4600
Plan Local de Educación Especial/Special Education Local Plan Area (SELPA) SELPA provee apoyo para programas de educación especial para niños en sus regiones. Para llamar a su programa regional SELPA, favor de llamar la línea primaria de la Oficina de Educación del Condado de Riverside. SELPA provides support for special education programs to children within their regions. To contact your local SELPA program please call the Riverside County Office of Education main line.	Main Line 951-826-6687
Recursos Adicionales/Additional Resources	
2-1-1 Riverside 2-1-1- es un servicio comprensivo de información y referencia gratuito consiste en una base de datos comprensivo y centro de llamadas manejado por personal especialmente entrenada, casi todos quienes están certificados y son bilingües. La base de datos contiene información detallada de aproximadamente 800 agencias de servicios humanos sin fines de lucro y gubernamentales con más de 2000 programas. Ejemplos de referencias incluyen: 2-1-1 is a free of charge comprehensive Information and Referral service consisting of a comprehensive database and call center managed by trained staff, most of whom are certified and bilingual. The 211 Riverside database stores detailed information on approximately 800 non-profit and governmental human service agencies with more than 2000 programs. Examples of 2-1-1 referrals include:	
<ul style="list-style-type: none"> Loma Linda Pediatric Dental Clinic Este programa ofrece cuidado dental de alta calidad por estudiantes y residentes supervisados por facultad que incluye limpiezas, empastes, empaste de la raíz, frenos e implantes dentales. Programas especiales para niños y niños incapacitados. Program offers high-quality dental care provided by faculty-supervised students and residents, ranging from simple cleanings and fillings to root canals, braces, and dental implants. Special dental care programs offered for children and children with disabilities. Blindness Support Services, Inc. Información especializada y referencias para individuos y sus niños ciegos o con problemas VISUALES. Specialized information and referral for blind and visually impaired individuals and their children. Carolyn Wylie Center Intervención de educación y terapia para niños incapacitados en su infancia y años preescolares (de 0-6 años). Infant / Preschool intervention program of therapy and education for children with disabilities (ages 0-6). 	2-1-1

Glosario/Glossary

Términos comunes que puede encontrar en los historiales medicos o direcciones
Commonly used terms you may find in medical records or directions

Abreviación/Abbreviation	Significado/Meaning
QD	una vez al dia/once a day
BID	dos veces al dia/twice a day
TID	tres veces al dia/three times a day
QID	cuatro veces al dia/four times a day
QOD	cada otro dia/every other day
Cc	centimetro cubico/cubic centimeter
Cc/hr	cc por hora/cc per hour
Mg	fuerza/strength
ml	volumen o cantidad/volume or amount
ED	dosis efectivo/effective dose
gtts	Gotas/drops
gtts/min	gotas por minuto/drops per minute
PRN	como necesario/as needed or necessary
MEq	equivalente a milli/milli-equivalents
T.	cuchara de sopa/tablespoon
Tsp	cuchara de té/teaspoon
Via	ruta para dares (tubo-G, tubo-NG)/route to be given (G-tube, NG tube)
PO	Oral/orally
R	Rectal
IN	Intranasal
IM	Intramuscular
SC / sub Q	Subcutaneo/subcutaneous
IV	Intravenoso/intravenous
T	Temperature/temperature
F	Fahrenheit
C	Centigrado/centigrade
<	mas que/greater than
>	menos que/less than
normal temp	98.6°F o 37.06°C
1 teaspoon	5ml
1ml	1cc
2.2 pounds	1kg
1 oz	2 T. o 6 tsp. o 30ml
1 tablespoon	½ oz o 3 cucharas/teaspoons o 15 ml
8 oz	240ml