

OTROS PLANES QUE LLEVARÉ A CABO

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Mi plan para cuidar a otros miembros de la familia                                |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |
| Mi plan para atender mis asuntos personales                                       |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |
| Mi plan para salir antes o faltar al trabajo                                      |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |
| Mi plan para hablar con otros miembros de la familia                              |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |
| Mi plan para hablar con el proveedor de atención médica y la escuela de mi hijo/a |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |
| Mi plan para cuidar de nuestras mascotas                                          |  |
|                                                                                   |  |
|                                                                                   |  |



Plan de emergencia para la atención del trastorno del comportamiento para mi hijo/a y mi familia

La frase “trastorno del comportamiento” hace referencia a afecciones relacionadas con el consumo de sustancias,- la adicción al alcohol y a las drogas, el malestar psíquico grave, el suicidio y otras afecciones psicológicas.

Complete un plan de emergencia por cada menor que viva en su hogar.

Nombre del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Lengua materna: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Lengua materna: \_\_\_\_\_

¿Necesita servicios de traducción o un intérprete de lenguaje de señas en inglés? \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIA EN CASO DE CRISIS

Complete con los números de teléfono del médico y de los contactos de la escuela de su hijo/a en los espacios en blanco a continuación

| TELÉFONO            | PROVEEDOR                                                                                   | USOS                                                                                                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9-1-1               | Emergencias: 9-1-1                                                                          | Emergencias potencialmente mortales                                                                                                |
| 855-543-5465        | Kids’ Link RI (en colaboración con Bradley Hospital y Gateway Healthcare)                   | Crisis y acceso a la atención del trastorno del comportamiento que no son potencialmente mortales                                  |
| 800-222-1222        | Centro de Control de Intoxicaciones                                                         | Intoxicaciones que no son potencialmente mortales                                                                                  |
|                     | Psicólogo, psiquiatra o terapeuta                                                           | Atención de rutina relacionada con el trastorno del comportamiento                                                                 |
|                     | Pediatra o médico de cabecera                                                               | Atención médica de rutina                                                                                                          |
|                     | Consejero de asistencia estudiantil, consejero escolar o miembro del personal de enfermería | Notificaciones escolares                                                                                                           |
| 401-414-LINK (5456) | BH Link<br>975 Waterman Ave., East Providence                                               | Línea directa las 24 horas, los 7 días de la semana y centro con sistema de clasificación sin cita previa para mayores de 18 años. |
| 401-444-4900        | Hasbro Children’s Hospital Emergency Department 593 Eddy St., Providence                    | Localización del servicio de urgencias                                                                                             |
| 844-401-0111        | Butler Hospital Patient Assessment Services 345 Blackstone Blvd., Providence                | Localización de los servicios de evaluación del paciente                                                                           |

Si se comunica con el 9-1-1 por una emergencia, al hablar con el operador, puede ser de ayuda que le diga lo siguiente:

Llamo porque mi hijo/a está teniendo una crisis del trastorno del comportamiento. Me preocupa que mi hijo/a esté/tenga. \_\_\_\_\_.

Mi hijo/a tiene antecedentes de \_\_\_\_\_

Les ruego que no lo alerten con luces o sirenas. Nuestra dirección es \_\_\_\_\_

Estaremos en (indique la ubicación). \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE MI HIJO/A

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Mi hijo/a prefiere que le llamen por este nombre y pronombres                  |  |
| La mejor manera de interactuar y acercarse a mi hijo/a                         |  |
| Cosas que alteran o molestan a mi hijo/a                                       |  |
| Cosas que asustan o preocupan a mi hijo/a                                      |  |
| Cosas que calman a mi hijo/a                                                   |  |
| Las actividades favoritas de mi hijo/a                                         |  |
| Además de mí, mi hijo/a confía, admira, o le gusta hablar con esta persona     |  |
| Los alimentos preferidos de mi hijo/a                                          |  |
| Alimentos que mi hijo/a no puede comer debido a alergias o porque no le gustan |  |

MI HIJO/A ES ALÉRGICO/A A LOS SIGUIENTES ALIMENTOS, MEDICAMENTOS U OTROS (P. EJ., LÁTEX)

MI HIJO/A TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS

A MI HIJO/A LE DIAGNOSTICARON LAS SIGUIENTES AFECCIONES MÉDICAS O TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

|                                                                              |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AFECCIONES MÉDICAS</b>                                                    | <b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO</b>                                                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia (células falciforme, talasemia)              | <input type="checkbox"/> Agresión                                                        |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                            | <input type="checkbox"/> Ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo                        |
| <input type="checkbox"/> Asma u otra afección pulmonar                       | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                              | <input type="checkbox"/> Autismo                                                         |
| <input type="checkbox"/> Retraso del aprendizaje, del desarrollo o del habla | <input type="checkbox"/> Trastorno de la conducta                                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                            | <input type="checkbox"/> Depresión                                                       |
| <input type="checkbox"/> Afección digestiva                                  | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio                                           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo                    | <input type="checkbox"/> Alteración del estado de ánimo                                  |
| <input type="checkbox"/> Afección genética                                   | <input type="checkbox"/> Actitud desafiante negativa                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición                               | <input type="checkbox"/> Psicosis (p. ej., paranoia, alucinaciones visuales o auditivas) |
| <input type="checkbox"/> Afección cardíaca                                   | <input type="checkbox"/> Comportamiento autodestructivo                                  |
| <input type="checkbox"/> Afección renal                                      | <input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias                              |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del habla                                 | <input type="checkbox"/> Comportamientos o pensamientos relacionados con el suicidio     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista                               | <input type="checkbox"/> Reacciones traumáticas                                          |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                         | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                     |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                         | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                     |

PLAN PARA MANTENER A MI HIJO/A SEGURO EN EL HOGAR

|                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Guardar los medicamentos de venta libre (p. ej., acetaminofén o ibuprofeno) y los recetados en un armario o casillero cerrado conllave.                                                                                                       |
| 2. Si en su hogar tiene armas de fuego, considere deshacerse de ellas. Si no puede hacerlo, guárdelas en un lugar seguro y utiliceseguros para armas, y almacene las municiones de forma segura y por separado.                                  |
| 3. Preste atención al estado de ánimo y los comportamientos de su hijo/a. Si nota algún cambio importante, hable con su hijo/a y comuníquese con el pediatra, el médico de cabecera o un proveedor de atención de transtorno del comportamiento. |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                               |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                               |



**Rhode Island  
Regional Coalitions**  
*Prevention and Health Promotion for Life.*



SCAN ME

Almacene todos los medicamentos recetados y de venta libre de manera segura en un bolso con sistema de seguridad o en un armario con llave. Lleve los medicamentos que no utilice o los vencidos a un buzón de recolección local. Escanee el código QR o visite [riprevention.org/campaigns](https://riprevention.org/campaigns) para solicitar, de manera gratuita, un bolso con sistema de seguridad para medicamentos o para buscar un buzón de recolección cerca de usted.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA O DEL COMPORTAMIENTO

| EN CASO DE EMERGENCIA, LLEVARÁN CONSIGO LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Para los padres o tutores:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Agua embotellada</li><li>✓ Conjunto de ropa</li><li>✓ Auriculares</li><li>✓ Documentación de la tutela (si corresponde)</li><li>✓ Tarjeta del seguro médico</li><li>✓ Cargador de la batería del teléfono móvil</li><li>✓ Dinero o billetera</li><li>✓ Refrigerios</li></ul> | <b>Para el niño:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Agua embotellada</li><li>✓ Conjunto de ropa (incluida la ropa de dormir)</li><li>✓ Libro o peluche favoritos</li><li>✓ Elementos sensoriales, como pelotas antiestrés, mantas con peso, juguetes para estimulación</li><li>✓ Refrigerios</li><li>✓ Artículos de tocador para viaje (incluido el cepillo de dientes)</li></ul> |

EN QUÉ MOMENTO ES NECESARIO BUSCAR ATENCIÓN PARA EL TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO

Si necesitamos la ayuda de profesionales, seguiremos los siguientes pasos:

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

Las siguientes afecciones, situaciones y comportamientos provocarán que busquemos atención hospitalaria:

|    |
|----|
| A. |
| B. |
| C. |
| D. |
| E. |