

CUIDADOR FAMILIAR CONTRATADO

Materiales de
capacitación
2025



ORDEN DEL DÍA

Temas generales
Temas en equipo
Documentación
Seguridad
Medicamentos
Respiratorio
Neurológico

Nutrición
Genitourinario
Integumentario
Determinantes sociales
de la salud

TEMAS GENERALES

RCP

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia destinado a salvar vidas que se realiza cuando el corazón deja de latir. Una RCP inmediata puede duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia tras un paro cardíaco.

¿Por qué es importante la RCP?

Mantener el flujo sanguíneo activo — aunque sea parcialmente— aumenta las posibilidades de que la reanimación tenga éxito una vez que llegue al lugar el personal médico capacitado.

Si desea obtener más información, consulte la página web de la Asociación Americana del Corazón en www.heart.org.

Pediatric BLS for Lay Rescuers



STEP 1

Make sure the scene is safe.

Check to see if the person is awake and breathing normally.

STEP 2

Shout for help.

If you're alone

- With a cell phone, phone 9-1-1, perform CPR (30 compressions and then 2 breaths) for 5 cycles, and then get an AED
- Without a cell phone, perform CPR (30 compressions and then 2 breaths) for 5 cycles, and then phone 9-1-1 and get an AED

If help is available, phone 9-1-1. Start CPR while you send someone to get an AED.



STEP 3

Repeat cycles of 30 compressions and then 2 breaths.

■ Child CPR

Push in the middle of the chest at least one third the chest depth or approximately 2 inches with 1 or 2 hands.



■ Infant CPR

Push in the middle of the chest at least one third the chest depth or approximately 1½ inches with 2 fingers.

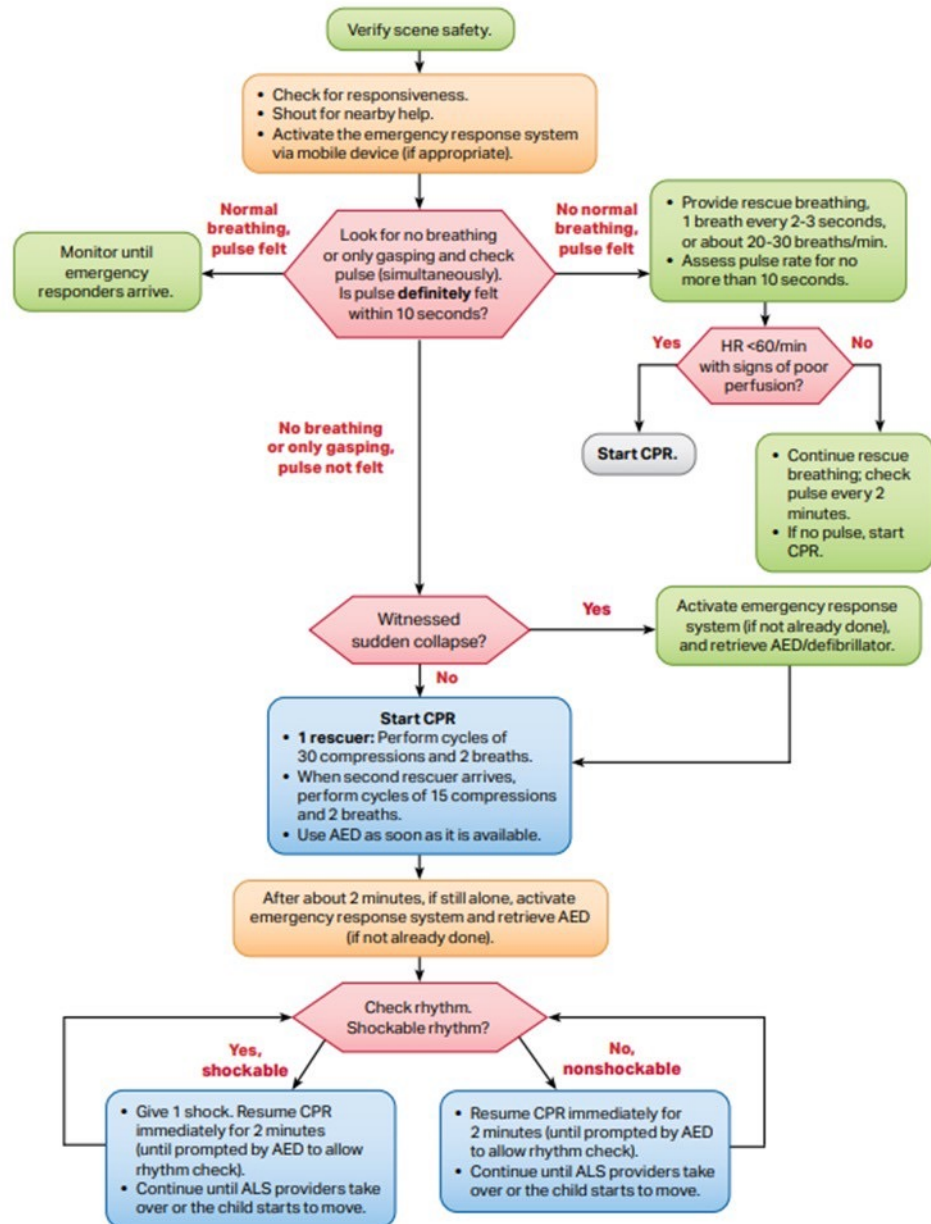


Use the AED as soon as it arrives.

Continue CPR until EMS arrives.

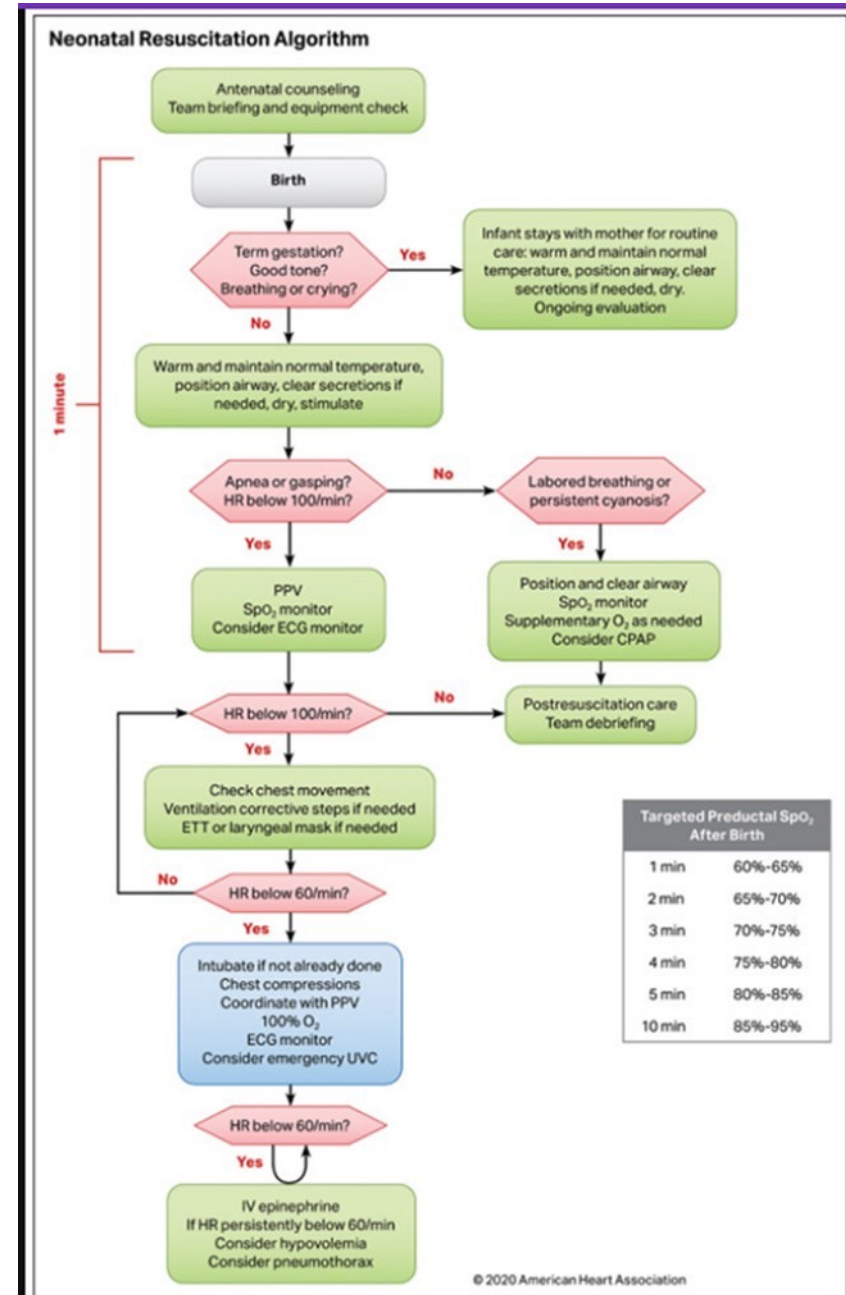
[Guías de RCP para niños](#)

Pediatric Basic Life Support Algorithm for Healthcare Providers—Single Rescuer



Soporte vital básico pediátrico para profesionales de la salud: un solo reanimador

Algoritmo de reanimación neonatal



SOPORTE
VITAL
BÁSICO
PARA
ADULTOS



Hands-Only CPR

Join a Nation of Lifesavers™ today.



TWO STEPS TO SAVE A LIFE

1 Call 911



2 Push hard and fast in the center of the chest



Don't drop the beat!
Know it. Feel it. Push it. Keep it.

ORIENTACIÓN PARA NUEVOS EMPLEADOS ESPECÍFICA DE LA AGENCIA

Cada agencia tendrá su propio programa de orientación para nuevos empleados, que deberá completarse. Comuníquese con su agencia de enfermería para obtener más información.



ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS

A

A/O - alerta y lúcido.

A&P - evaluación y plan.

ABCDE – vías respiratorias,
respiración, circulación,
discapacidad, exposición.

ABD - abdominal.

Abn - anormal

ABX - antibióticos.

AC - antes de las comidas.

AC/HS - before meals/at bedtime.

ACLS - soporte vital cardíaco avanzado.

Ack - acuse de recibo / confirma.

AD - directiva anticipada.

ADA - Ley para Estadounidenses con Discapacidades.

ADAT - dieta anticipada según la tolerancia.

ADD - trastorno por déficit de atención.

ADE - reacción adversa a un medicamento.

ADHD - trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Ad lib - según lo deseado.

ADLs - actividades de la vida diaria.

Asp - aspiración.

B

BB - baño en la cama.

BBL - baño en la cama y cambio de sábanas.

Bilat - bilateral.

BiPAP - presión positiva bifásica en las
vías respiratorias.

BLE - extremidades inferiores bilateral

BLS - soporte vital básico.

BM - evacuación intestinal.

BMI - índice de masa corporal.

BP - presión arterial.

BR - reposo en cama, baño.

BS - azúcar en sangre, junto a la
cama.

BSC - inodoro portátil junto a la
cama.

BUE - extremidades superiores bilaterales.

C

C/O - quejas de.

Cath – cateterización.

CDI - limpio, seco, intacto.

CNS - sistema nervioso central.

CO2 - dióxido de carbono.

CPAP - presión positiva continua
en las vías respiratorias.

CPR - reanimación
cardiopulmonar.

CPT - fisioterapia torácica.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS , (CONT.)

D

D – día.
D/T - debido a.
DC, D/C - dar de alta, discontinuar.
DM - diabetes mellitus.
DME - equipo médico duradero.
DNR - no reanimar.
DOB - fecha de nacimiento.
DX - diagnóstico.

E

ED - departamento de emergencias.
EENT - Ojos, oídos, nariz y garganta.
EHR - registro médico electrónico.
EMAR - registro electrónico de administración de medicamentos.
EMR - registro médico electrónico.
EMS - servicios médicos de emergencia.
EMTALA - Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto.
EN - nutrición enteral.
ENT - otorrinolaringología.
EOP - plan de operaciones de emergencia.
ER - sala de emergencias.
Eval – evaluación.

F

F/U - seguimiento.
FH - antecedentes familiares.
FL OZ - onza líquida.
FNS - servicio de alimentación y nutrición.
Freq - frecuencia.

G

G - gramo, calibre
Gal - galón.
GERD - gastroesophageal reflux disease. GI - gastrointestinal.
GJ tube - sonda de gastrostomía y yeyunostomía.
GLF - caída a nivel del suelo.
GM - gramo.
GTT - gota.
GU - genitourinario.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS, (CONT.)

H

H&P - antecedentes y examen físico.

H₂O - agua.

HA - dolor de cabeza.

HEENT - cabeza, oídos, ojos, nariz y garganta.

HH - salud domiciliaria.

HHC - cuidado de salud domiciliaria.

HIPAA - Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

HOB - cabecera de la cama.

HOH - dificultad auditiva.

HPI - antecedente de la enfermedad actual.

HS - a la hora de acostarse.

HT - estatura.

HTN - hipertensión.

Hum - humidificado.

HX - antecedentes.

Hyper - por encima de lo normal.

Hypo - por debajo de lo normal.

I

I&O - ingesta y eliminación.

IADLs - actividades instrumentales de la vida diaria.

IDC - catéter permanente.

IPPV - ventilación con presión positiva intermitente.

IS - espirómetro de incentivo.

ISOL - aislamiento.

IV - intravenoso.

IVF - líquidos intravenosos.

K

KG – kilogramo.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS, (CONT.)

L

L - izquierda.

LB – libra.

LM - litros pr minuto.

LOC - nivel de conciencia.

LOS - duración de la estancia.

LPN - enfermera práctica licenciada.

LRI - infección de las vías respiratorias inferiores.

M

M - metro o minuto.

MAR - registro de administración de medicamentos.

MCG - microgramo.

MDI - inhalador de dosis medida.

MEQ - miliequivalentes.

MG - miligramo, magnesio.

MGT - Gestión.

MGMT - Gestión.

Min - minuto.

ML - mililitro.

MM - mililitro.

MM Hg - milímetros de mercurio.

MN - medianoche.

MOM - leche de magnesia.

mono - mononucleosis, monocitos.

MRI - resonancia magnética.

MSDS - ficha de datos de seguridad de materiales.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS, (CONT.)

N

N/V - náuseas y vómitos.

NA - sodio.

NAD - no se detectan anomalías, sin signos aparentes de malestar

NC - cánula nasal.

NEB - nebulizador.

Neg - negativo.

Neuro - neurológico.

NG - nasogástrico.

NGT - sonda nasogástrica.

NIBP - presión arterial no invasiva.

NIPPV - ventilación con presión positiva intermitente nasal.

NKA - no se conocen alergias.

NKDA - no se conocen alergias a medicamentos.

NL - límites normales.

NPO - nada por vía oral.

NS - solución salina normal.

NSAID - fármaco antiinflamatorio no esteroideo.

O

O2 - oxígeno.

O2 sat - saturación de oxígeno.

OSA - apnea obstructiva del sueño.

Outpt - ambulatorio.

OX - oximetría.

OZ - onza.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS, (CONT.)

P

P - pulso.

PCM - gestor de atención primaria.

PCP - proveedor de atención primaria.

PED - pediatría.

PEG - gastrostomía endoscópica percutánea.

PHI - información médica protegida.

PICC - catéter central de inserción periférica.

PLT - plaquetas.

PMH - antecedentes médico previo.

PN - nutrición parenteral.

PO - por vía oral.

POC - punto de atención.

Pos – positivo.

PPE - equipo de protección personal.

PR - frecuencia cardíaca.

Prec - precauciones.

PRN - según sea necesario.

PROM - ejercicios de amplitud de movimiento pasiva.

PSH - antecedentes quirúrgicos.

PT - paciente o fisioterapia.

Pulm - pulmonar.

Q

Q - cada.

Q4H - cada cuatro horas.

QAM - cada mañana.

QPM - cada noche.

QD - cada día.

Q Día – cada día

QT –cuarto de galón.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES EN INGLÉS, (CONT.)

R

R - correcto, respiraciones.
RA - aire ambiental.
Reg - regular.
Rehab - rehabilitación.
Resp - respiraciones, respiratorio.
Ret - retención.
RN - enfermera licenciada.
ROM - amplitud de movimiento.
ROS - frecuencia respiratoria.
RR - respiratory rate.
RRR - frecuencia y ritmo regulares.
RX - receta.

S

S - segundo.
Sat - saturación.
SDS - ficha de datos de seguridad.
SE - efecto secundario.
Sec - segundo.
SL - sublingual.
SOB - dificultad para respirar.
SP - status post.
SSI - insulina en escala móvil.
STAT - inmediatamente.
STI - infecciones de transmisión sexual.
SUBQ - subcutáneo.
SW - trabajador social.

T

T - temperatura.
T2DM - diabetes mellitus tipo 2.
Tab - tableta.
TBI - lesión cerebral traumática.
TBSP - cucharadita.
Temp - temperatura.
Tol - tolerar.
TSP cucharadita.
TX - tratamiento.
TV - tidal volumen.

ABREVIATURAS MÉDICAS COMUNES, (CONT.)

U

U - unidad.

UA - análisis de orina.

Unk - Desconocido.

UO - producción de orina.

UOP - producción de orina.

URI - infección de las vías respiratorias superiores.

US – ecografía.

UTD - al día.

UTI - infección del tracto urinario.

V

VAX - vacunación.

Vit - vitamina.

VS - signos vitales.

VSS - signos vitales estables.

X

X - veces.

Y

Y/O - años.

YD - yarda.

YR - año.

SERVICIOS DE SOONERCARE FUERA DEL ESTADO



A partir del 1 de septiembre de 2019, Oklahoma Health Care Authority (OHCA) ha introducido cambios en las políticas de la agencia relativas a los servicios fuera del estado (OOS). Estos cambios siguen garantizando que los afiliados tengan acceso a una atención de calidad, al tiempo que se controlan los costes del programa. Estos cambios no afectarán a la atención médica rutinaria de los miembros de SoonerCare.



En 2019, la Asamblea Legislativa de Oklahoma aprobó el proyecto de ley HB 2341, que limitaba los servicios de los miembros de SoonerCare a proveedores estatales siempre que fuera posible. Los cambios en los servicios fuera del estado permitirán a la OHCA seguir cumpliendo con la normativa federal y estatal.



Estas modificaciones definen claramente la cobertura y el reembolso de los servicios prestados por proveedores que se encuentran físicamente fuera de Oklahoma. La política también establece los requisitos de participación de los proveedores y los requisitos de documentación para las solicitudes de servicios fuera del estado.

LO QUE DEBEN SABER LOS MIEMBROS DE SOONERCARE

Los miembros que vivan cerca de la frontera del estado de Oklahoma y que acudan habitualmente a un proveedor contratado por SoonerCare al otro lado de la frontera no deberían notar ningún cambio, siempre y cuando la consulta del proveedor se encuentre a menos de 50 millas de la frontera con Oklahoma. Si la consulta del proveedor se encuentra a más de 50 millas de la frontera con Oklahoma, se requiere una autorización previa para atención fuera del estado.

La atención médica por accidente o emergencia médica mientras el miembro se encuentra de viaje en otro estado tiene derecho a ser reembolsada una vez que se haya determinado su necesidad médica..

Los acuerdos y contratos individuales no estarán permitidos tras los cambios normativos. Los afiliados a SoonerCare que actualmente reciban servicios fuera de la red (OOS) a través de acuerdos individuales serán transferidos a proveedores de SoonerCare con contrato habitual que el personal médico de OHCA haya determinado que pueden proporcionar el mismo nivel de atención a las tarifas establecidas en los contratos regulares de OHCA.

Ya no se permitirán las remisiones autogestionadas. Los miembros serán responsables por los costos médicos en que incurran si no obtienen la autorización previa correspondiente para los servicios OOS. Los miembros que consideren que necesitan servicios fuera del estado deben consultar esta necesidad con su médico de cabecera.

POLÍTICA FUERA DEL ESTADO

Si tiene alguna pregunta o necesita alguna aclaración sobre la política sobre atención fuera del estado, consulte el sitio web de [SoonerCare](#)

[Cambios en las reglas de los servicios fuera del estado de SoonerCare](#)

**RESPONSABILIDAD
DE INFORMAR**



¿QUÉ ES EL ABUSO INFANTIL?

La ley define el abuso infantil como cualquier daño o amenaza a la salud y la seguridad de un menor por parte de una persona responsable del bienestar del menor. Esto incluye a los padres, tutores legales, padres de crianza o personas mayores de 18 años con las que conviva el progenitor del menor, así como a cualquier otro adulto que resida en el domicilio del menor.

DAÑO O AMENAZA DE DAÑO: ABUSO FÍSICO

Lesiones físicas no accidentales a menores de 18 años. Aunque la lesión no sea accidental, es posible que no haya habido intención de causar daño al menor.

- Entre los indicios físicos se incluyen hematomas sospechosos, marcas de golpes, quemaduras, rasguños, fracturas o cortaduras.
- Entre los indicadores conductuales se incluyen una agresividad extrema o un retraimiento excesivo, tener miedo de los padres o miedo a volver a casa.

DAÑO O AMENAZA DE DAÑO: NEGLIGENCIA

Dejar de proporcionar alimentación, ropa, alojamiento, atención médica, supervisión o cuidados especiales que sean necesarios debido al estado físico o mental del menor.

Entre los indicadores de negligencia se incluyen:

- Físicos: falta de supervisión constante.
- Conductuales: ausencias o retrasos frecuentes.

DAÑO O AMENAZA DE DAÑO: ABUSO O EXPLOTACIÓN SEXUAL

Incluye, entre otros, la violación, el incesto, los actos o propuestas lascivos o indecentes, así como el hecho de permitir, consentir o incitar a un menor a participar en actividades de prostitución o pornografía.

Entre los indicadores se incluyen:


- Físicos: Ropa interior rota, manchada o con sangre.
- Conductuales: conducta o conocimientos sexuales extraños o inusuales; conocimiento detallado e inadecuado para su edad sobre la conducta sexual; amenazas o intentos de suicidio.

DAÑO O AMENAZA DE DAÑO: ABUSO EMOCIONAL

Daño psicológico causado por el rechazo constante, el acoso, el aislamiento, la explotación, la corrupción y la falta de empatía emocional.


Entre los indicadores se incluyen:

- Conductuales: sumisión excesiva o actitud exigente; pasividad o agresividad extremas; comportamiento inapropiadamente adulto o infantil.
- Indicadores relacionados con el cuidador: culpa o menosprecia al niño; trata al niño como el chivo expiatorio de la familia; le impone exigencias irrazonables o expectativas imposibles sin tener en cuenta su capacidad de desarrollo.



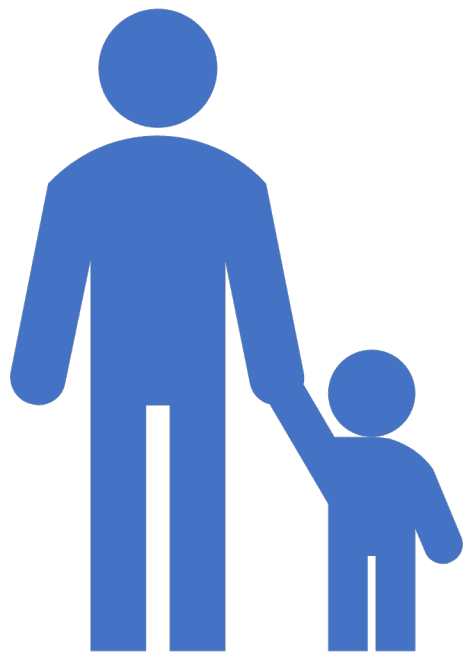
**¿QUIÉN TIENE
LA OBLIGACIÓN
DE DENUNCIAR
LOS CASOS
SOSPECHOSOS
DE ABUSO
INFANTIL?**

La ley estatal requiere que todos los profesionales de la salud, los docentes y cualquier persona que tenga motivos para creer que un menor de 18 años: a) está siendo víctima de abuso o negligencia, o b) corre el riesgo de sufrir abuso o negligencia, lo denuncien de inmediato a los Servicios Humanos de Oklahoma (Servicios Humanos).



¿QUIÉN TIENE LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR LOS CASOS SOSPECHOSOS DE ABUSO INFANTIL?

- No denunciar un caso de presunto abuso o negligencia es un delito. Ninguna persona, independientemente de su relación con el menor o la familia, está exenta del deber de denunciar un caso de presunto abuso o negligencia.
- Una persona que denuncie de buena fe está exenta de responsabilidad tanto civil como penal.
- Por ley, la denuncia de los casos de abuso o negligencia infantil es una responsabilidad individual. Como persona que sospecha de un caso de abuso o negligencia, usted tiene la responsabilidad legal de asegurarse de que se presente la denuncia ante los Servicios Humanos.
- Si ha obtenido información que le ha llevado a sospechar de algo en el marco de una relación profesional, su responsabilidad legal no queda cumplida con solo informar a un superior. Siga los procedimientos de su organismo o centro educativo, pero no es necesario obtener permiso para informar. No permita que las políticas o los procedimientos de la organización le impidan cumplir con su obligación de informar sin demora a los Servicios Humanos.




¿QUIÉN TIENE LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR LOS CASOS SOSPECHOSOS DE ABUSO INFANTIL?

- Una denuncia es una solicitud de evaluación de seguridad con el fin de recabar datos y proteger al menor.
- La persona que presenta la solicitud no necesita aportar pruebas del abuso o negligencia antes de presentar la denuncia.
- La investigación y la verificación de las denuncias de abuso y negligencia infantil son responsabilidad de los Servicios Humanos o de las autoridades policiales.
- Si tiene conocimiento de nuevos incidentes después de haber presentado la denuncia inicial, presente otra denuncia ante los Servicios Humanos con las nuevas sospechas e información.



¿EL INFORME QUE PRESENTO ES CONFIDENCIAL?

- Human Services' policy and state law require strict maintenance of confidentiality for reporters of child abuse or neglect.
- If the incident becomes court-involved, the court can request information on the reporter. It is rare, however, for the reporter's identity to be made known in court.
- Anonymous reports are accepted. However, providing your name and contact information may help the child welfare worker contact you to obtain more information.



**¿CÓMO
DENUNCIO
UNA
SOSPECHA DE
ABUSO
INFANTIL?**

- Comuníquese de inmediato con los Servicios Humanos, Departamento de Bienestar Infantil, llamando a la línea de ayuda estatal, disponible las 24 horas del día, al 1-800-522-3511.
- Informar con certeza sobre la naturaleza del abuso o negligencia es crucial. No exagere ni minimice la gravedad del presunto abuso o negligencia.

¿QUÉ INFORMACIÓN DEBO TENER DISPONIBLE PARA DENUNCIAR?

- Nombres, direcciones, edades y paradero del menor y de sus padres, o de otras personas responsables de su bienestar, tales como la escuela, lugar de trabajo, guardería u hospital.
- Información sobre los sistemas de apoyo a familiares y otras personas que puedan estar al tanto del abuso o negligencia, o sobre cualquier tema relacionado con la seguridad que los servicios de protección de menores deban conocer antes de comunicarse con la familia. Esto puede incluir datos sobre violencia doméstica, la presencia de armas o el consumo de sustancias ilegales.
- La naturaleza y gravedad del abuso/negligencia.
- Información sobre los antecedentes familiares en relación con la seguridad y el bienestar de los menores y sus padres u otros cuidadores identificados.
- Otra información que puede ser útil para determinar la causa de las lesiones y la identidad del responsable.
- Si un informante no dispone de toda esta información, debe informar de los detalles conocidos relacionados con la sospecha de abuso o negligencia.

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE PRESENTAR LA DENUNCIA?

- El informe se revisa para determinar si la denuncia reúne los requisitos legales de abuso y negligencia y si el informe entra dentro del marco de responsabilidad de los Servicios Humanos.
- Si el presunto abuso es cometido por alguien que no sea el cuidador, el Departamento de Servicios Humanos está obligado a remitir la denuncia a las autoridades policiales. El Departamento de Servicios Humanos tiene la obligación de investigar o realizar evaluaciones en relación con las denuncias de abuso o negligencia por parte de un progenitor o cuidador.

PLAZOS DE RESPUESTA DE LOS SERVICIOS HUMANOS

Prioridad número uno:
El informe indica que el menor se encuentra en peligro inmediato. Se interviene el mismo día en que se recibe el informe.

. Prioridad número dos:

- El plazo de respuesta depende de la vulnerabilidad del menor y la gravedad del daño que pueda sufrir.
- Un informe clasificado como investigación tiene un plazo de respuesta más breve que una evaluación.
- Una investigación se iniciará en un plazo máximo de cinco días calendario a partir de la aceptación, a menos que existan circunstancias especiales.
- Una evaluación se inicia en un plazo máximo de 10 días calendario a partir de la aceptación.



¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE ASIGNA UNA INVESTIGACIÓN?

Los Servicios de Protección Infantil (CPS) inician una investigación cuando las denuncias presentadas indican que existe un caso grave de abuso o negligencia que supone una amenaza inmediata para la seguridad de un menor. La aceptación y asignación de una investigación se basa en dos prioridades de respuesta.

Una vez que se acepta una denuncia para su investigación, se recopila toda la información posible sobre las acusaciones denunciadas y la dinámica familiar que pone en peligro la seguridad del menor, y se evalúa la capacidad de la familia para protegerlo.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE ASIGNA UNA INVESTIGACIÓN?

- Todos los informes se remiten a la fiscalía una vez completados. Cuando se considera que un menor (o varios menores) se encuentra en una situación de peligro, se puede poner en marcha un plan de seguridad para controlar las amenazas o se pueden recomendar medidas judiciales.
- Los Servicios Humanos pueden presentar una solicitud ante la fiscalía para pedir al tribunal que retire al menor o menores del hogar.
- La policía también puede poner a los menores bajo custodia de protección.
- Los Servicios Humanos no tienen la autoridad para retirar a un menor del hogar.
- Durante la investigación, se atiende o se entrevista en primer lugar a cada menor presuntamente afectado, seguido de cada uno de sus hermanos y de cada miembro de la familia responsable de su salud, seguridad o bienestar, del presunto autor de los hechos y de otras personas que dispongan de información pertinente.
- La investigación de los Servicios de Protección Infantil (CPS) determina si el caso de abuso o negligencia infantil queda desestimado, se confirma o se descarta.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE ASIGNA UNA INVESTIGACIÓN?

- Una evaluación de la CPS es una revisión completa de la seguridad del menor y una evaluación del funcionamiento del núcleo familiar y de la capacidad de protección.
- Se lleva a cabo en respuesta a una denuncia de abuso o negligencia infantil que no implique una amenaza grave e inmediata para la seguridad del menor.
- Se lleva a cabo una evaluación de CPS cuando la denuncia se refiere a un caso de abuso o negligencia que no es grave ni extremadamente peligroso.
- Un informe asignado como evaluación se responde en un plazo máximo de 10 días calendario después de su aceptación.
- No se encuentran resultados en las evaluaciones del CPS.



¿HAY ALGUNA DENUNCIA DE PRESUNTO ABUSO QUE NO HAYA SIDO ASIGNADA POR LOS SERVICIOS HUMANOS?

Sí, hay situaciones que no cumplen los requisitos legales para que los Servicios Humanos realicen una investigación. Por lo general, esto se debe:

- No se facilitó suficiente información para localizar a la familia y al menor;
- El informe no cumple con la definición legal de abuso y negligencia; o
- El presunto agresor es una persona que no es el padre, la madre ni el cuidador, por ejemplo, un vecino o maestro.

Entre los ejemplos de denuncias descartadas pueden incluirse los casos de adolescentes con problemas conductuales, como la delincuencia o el ausentismo escolar, que no están relacionados con el abuso o el abandono; los conflictos entre padres e hijos en los que no se produce ningún tipo de abuso o abandono; o las reacciones exageradas ante prácticas de crianza inadecuadas.

QUÉ OCURRE DESPUÉS DE PRESENTAR UNA DENUNCIA

- Una vez presentada una denuncia, el informante puede obtener información sobre el estado del caso, lo que puede incluir si se ha investigado, evaluado o desestimado.
- Cuando se descarte la denuncia, se podrá informar a los denunciantes del motivo de dicha decisión. Cuando se admita la denuncia para su investigación o evaluación, se podrá comunicar a los denunciantes el resultado de la investigación o que la evaluación ha concluido.
- Los resultados de las investigaciones y las evaluaciones concluidas se remiten a la fiscalía del distrito de conformidad con la ley de Oklahoma.
- Los denunciantes no tienen derecho a conocer los detalles de la investigación o la evaluación. Los informantes anónimos no tienen derecho a recibir información sobre el estado de la denuncia, ya que los Servicios de Protección Infantil no tienen forma de verificar su identidad.



QUÉ OCURRE DESPUÉS DE PRESENTAR UNA DENUNCIA

- Si no está satisfecho con la forma en que se ha llevado a cabo una investigación, puede presentar sus quejas a través de la estructura supervisada de un organismo de investigación. En el caso de los Servicios Humanos, comuníquese primero con el supervisor de bienestar infantil encargado de la investigación.
 - Si aún no está satisfecho, diríjase a través de la cadena de mando al director de distrito y al subdirector regional.
-

ABUSO VS. DISCIPLINA

- Todos los niños necesitan disciplina para crecer y convertirse en miembros productivos de la sociedad que respeten las normas, los valores y las reglas de esta.
- La disciplina es un proceso de aprendizaje diseñado para enseñar las conductas adecuadas. A diferencia de la disciplina, el abuso no es un proceso de aprendizaje. El abuso inflige dolor para poner fin a una conducta. No enseña una conducta alternativa y correcta. Por lo tanto, los niños que sufren abusos no aprenden a comportarse correctamente. Aprenden a evitar el castigo.
- El objetivo de la ley de denuncia no es interferir en la disciplina parental adecuada, sino hacer frente a las actuaciones parentales extremas o inadecuadas. Se consideran abusivas aquellas actuaciones que son tan excesivas o violentas que provocan lesiones o causan daños psicológicos.

GUÍA PARA MENORES QUE SE QUEDAN SOLOS

- En Oklahoma no existen requisitos legales ni de orden público en cuanto a la edad que debe tener un niño para poder quedarse solo.
- La seguridad y el bienestar de los niños es responsabilidad de los padres.
- Es decisión de los padres determinar si un niño de seis años o mayor tiene la madurez suficiente para cuidar de sí mismo en caso de ausencia de un adulto.

CONSIDERACIONES A LA HORA DE DEJAR A UN MENOR SOLO

¿Tiene el menor la madurez necesaria para quedarse solo, sin importar su edad?

¿Cuánto tiempo estará el menor solo?

¿Estará el menor solo durante el día o por la noche? ¿Es seguro el vecindario?

¿Hay acceso inmediato a un adulto?

¿Sabe el menor qué hacer en caso de emergencia?

¿Cuida el menor de otros niños?

¿Sabe el menor cómo utilizar correctamente los electrodomésticos?

¿Hay otros niños de visita en casa?

¿Sabe el menor dónde se encuentran sus padres en todo momento?

¿Se siente cómodo el menor cuando se queda solos?



DETERMINACIÓN DE DECISIONES PARENTALES: GUÍAS DE RECOMENDACIONES

Preescolar/Jardín de infancia

Nunca se debe dejar solos a los bebés y a los niños menores de seis años sin la supervisión de un adulto.

Escuela primaria

Por lo general, un niño de primaria que demuestre capacidad de responsabilidad y madurez puede quedarse solo durante una o dos horas al día, siempre que cuente con la presencia de un adulto responsable y no tenga que hacerse cargo de niños más pequeños..

Educación secundaria

Por lo general, un niño de secundaria que demuestre capacidad para valerse por sí mismo puede quedarse solo hasta cuatro horas durante el día y la tarde. El niño puede cuidar de uno o dos niños más pequeños si hay un adulto responsable disponible en todo momento.

RESPUESTA DEL CPS ANTE LA DENUNCIA DEL ABANDONO DE MENORES

The focus of Child Welfare Services is responding to situations where children are reported to be unsafe or at risk of harm. Action is contingent upon the child's age and the degree of danger.

Human Services staff can't remove children from the home. However, if it's determined that the child can't take care of themselves and there is no available responsible adult, the child may be placed into police protective custody.

TEMAS DE EQUIPO

COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO: USTED FORMA PARTE DEL EQUIPO DE CUIDADOS

Una comunicación eficaz dentro del equipo de atención médica es fundamental para la seguridad del paciente, la calidad de la atención y una experiencia positiva para el paciente. Una comunicación clara, concisa y abierta entre los miembros del equipo fomenta la colaboración, reduce los errores y contribuye a obtener mejores resultados.



ASPECTOS CLAVE DE UNA COMUNICACIÓN EFICAZ EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Active Listening

- Pay close attention to what others are saying, ask clarifying questions, and repeat the information back to ensure understanding.

Clear and Concise Language

- It is ok to use simple language when communicating with the care team. You are not expected to know the medical terminology. Describe and explain to the best of your ability the situation or care you are providing. (example: when describing a heart rate, it is ok not to use tachycardia or bradycardia but rather describe it as a fast heart rate or slow heart rate)

Open and Honest Communication

- Do not be scared to speak up and address concerns openly. It is ok if you do not understand something or something sounds wrong, question what is being asked.

Collaboration and Shared Decision-Making

- Involve all relevant team members in planning and care. Seek input from those around you.

ASPECTOS CLAVE DE UNA COMUNICACIÓN EFICAZ EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Documentation

- Maintain clear and accurate records of communication with the care team, changes made to the plan of care (verbal orders or written orders) and of the care you provide.

Active Participation

- Ask questions, voice concerns, express what does or does not work for your family member when it comes to their care. Remember you are their advocate.

Verbal and Nonverbal Communication

- Be mindful of both what you say and how you say it and be aware of nonverbal cues like body language.

Respectful Communication

- Communicate with respect, empathy, and compassion.

BENEFICIOS DE LA COMUNICACIÓN ACTIVA

- Seguridad mejorada: una comunicación clara reduce el riesgo de errores y de que se produzcan incidentes adversos
- Experiencia mejorada: usted y su familia se sienten apoyados gracias a la comunicación eficaz del equipo de cuidados.
- Mejores resultados: una comunicación eficaz puede conducir a una recuperación más rápida, a estancias hospitalarias más cortas y a una mejor calidad de vida para su familiar.
- Aumento de moral del equipo y satisfacción laboral: la comunicación abierta crea un entorno de trabajo más positivo y colaborativo.
- Reducción de conflictos y malentendidos.
- Documente toda la comunicación: registre las conversaciones, las decisiones y las medidas adoptadas por el equipo.



AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR

- Como cuidador, es fundamental priorizar su propio cuidado.
 - El agotamiento del cuidador es un problema real y grave. Cuidar de otra persona puede ser muy gratificante, pero también agotador a nivel emocional, mental y físico.
-

CÓMO EVITAR EL AGOTAMIENTO

- Dele prioridad a su propia salud.
- Propóngase dormir entre 7 y 9 horas de sueño ininterrumpido.
- Lleve una alimentación balanceada. No omita sus comidas.
- Haga ejercicio. Incluso entre 15 y 30 minutos al día (caminar, estirarse) pueden reducir el estrés y aumentar la energía.
- Establezca límites.
 - Conozca sus límites. Está bien decir "no" a familiares y amigos.
 - No se sienta culpable por tomarse descansos o por necesitar ayuda.
- Tómese descansos con regularidad.
 - Programa tiempo de descanso, aunque solo sean 10 minutos para salir al aire libre o respirar profundamente.
 - Mientras trabaje como cuidador familiar contratado, respete la política de descansos de la agencia.
- Permanezca conectado con su entorno social.
 - Mantenga sus amistades y su vida social.
 - Únase a un grupo de apoyo (en persona o en línea) para cuidadores.
 - Aléjese de los foros sociales tóxicos.

CÓMO EVITAR EL AGOTAMIENTO, (CONT.)

- Pida y acepte ayuda.
- Haga una lista de tareas concretas en las que otras personas puedan ayudarle. Piense en comidas, encargos y quehaceres domésticos.
- No espere a sentirse abrumado para pedir ayuda.
- Practique técnicas de conciencia plena o de reducción del estrés:
 - Meditación.
 - Yoga.
 - Respiración profunda.
 - Escribir en un diario.
 - Oración.
 - Hay numerosas técnicas. Encuentre la que mejor le funcione.

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA AYUDAR A PREVENIR EL AGOTAMIENTO



No descuide lo que le apasiona

Saque tiempo para los pasatiempos o actividades que le hagan feliz y le hagan sentirse usted mismo.



Hable con un profesional

Un terapeuta o un consejero pueden ayudarle a procesar sus emociones y a afrontar el estrés de forma saludable.

CUÁNDO DEBE INFORMAR DE LOS SÍNTOMAS AL GESTOR DEL CASO/A LA AGENCIA

- Los cuidadores deben informar lo antes posible a la agencia de cualquier cambio en el estado del paciente, incluidos los que se hayan informado durante las citas médicas. Esto incluye tanto los cambios positivos como los negativos, especialmente si estos indican un deterioro de la salud o la seguridad del paciente.
- Informar rápidamente de cualquier cambio permite a la agencia y al equipo de cuidados ajustar el plan de cuidados, lo que puede evitar complicaciones adicionales o garantizar que el usuario reciba el apoyo adecuado.

CAMBIOS QUE DEBEN SER COMUNICADOS: EJEMPLOS

- Nuevos síntomas o agravamiento de los síntomas existentes.
- Cambios en las capacidades funcionales.
- Inestabilidad mental, como confusión, agitación o cambios de comportamiento.
- Hematomas, lesiones o signos de abuso o negligencia.
- Cambios en los hábitos alimenticios o de sueño.
- Cambios en los hábitos de higiene personal.
- Quejas inusuales de dolor.
- Cualquier emergencia, delito o situación peligrosa.
- Cambios o problemas relacionados con vivienda, estructura familiar o la organización del cuidado.

INFORMAR LOS SÍNTOMAS AL GESTOR DEL CASO O A LA AGENCIA

Informar a la persona adecuada:

- Los cuidadores deben seguir el procedimiento de su agencia para notificar los cambios.

Documentación:

- Documente todos los cambios informados en las notas de turno u otros registros correspondientes.

Responsabilidades de la agencia:

- Esto incluye asegurarse de que el personal esté debidamente capacitado para informar de cualquier cambio en el estado de los pacientes y garantizar que exista un proceso de informe claro.



SEGUIMIENTO DE LAS CITAS Y LOS PLANES DE CUIDADOS

Los cuidadores deben hacer un seguimiento de las citas y del plan de cuidados inmediatamente después de la visita al médico o cuando se presente un nuevo plan de cuidados, y de forma constante durante todo el periodo de cuidados.

ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FUNDAMENTALES

Inmediatamente después de las citas:

- Revise las notas y asegúrese de que comprenda todas las instrucciones y recomendaciones.
- Anote las citas de seguimiento y las pruebas en un calendario para llevar un control de las necesidades futuras.
- Hable sobre las citas con la agencia. Comparta los resultados de las visitas y cualquier cambio en el plan de cuidados.

Periódicamente durante el período de cuidados:

- Haga un seguimiento de los resultados de las pruebas. Asegúrese de que se obtienen los resultados y de comentarlos con el proveedor.
- Supervise los sistemas y los medicamentos. Mantenga un cuaderno para anotar los cambios en su estado de salud y los medicamentos.
- Comente sus inquietudes, preocupaciones o preguntas con el proveedor.
- Actualice el plan de cuidados una vez al año o con mayor frecuencia, según sea necesario, en función de los cambios en su estado de salud y los medicamentos.

DOCUMENTACIÓN

MEJORES PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN

documentar eficazmente las notas clínicas es fundamental para garantizar la exactitud de los historiales médicos y la continuidad del cuidado.

Entre las mejores prácticas incluyen:

- Ser claro: Redactar las notas de forma directa.
- Ser preciso: Comprobar dos veces que los datos introducidos sean correctos, incluidos los datos del paciente y su historial médico.
- Utilizar formatos estándar: Entre los formatos más comunes se encuentran el SOAP (Subjetivo, Objetivo, Evaluación, Plan) y el DAP (Datos, Evaluación, Plan).
- Documentar en tiempo real: Anotar las observaciones inmediatamente después de la consulta con el paciente ayuda a garantizar la precisión.
- Garantizar la confidencialidad: Seguir las normas de HIPAA para proteger la información de los pacientes.

¿QUÉ DEBO DOCUMENTAR?

Medicamentos:

- Hora(s) de administración.
- Todos los medicamentos.
- Cada vez que se administre un medicamento según sea necesario.
 - ¿Por qué se administró? ¿Ayudó su administración?
 - Informar de los errores de medicamentos según la política de la agencia.
- Cualquier reacción al medicamento.
- Tratamientos como nebulizadores y fisioterapia respiratoria.
 - Cada vez que se administraron. ¿Hubo silbidos, tos o inflamación nasal?
 - Hora de administración. Después, anote si el tratamiento funcionó.
 - Cualquier cuidado relacionado con la traqueotomía: cambio de las bridas de la traqueotomía (si se ha autorizado a proporcionar este tratamiento).

DOCUMENTACIÓN, (CONT.)

- Aspiración:
 - Hora en que se realizó.
 - ¿Se aspiró la mucosidad?
 - ¿La aspiración ayudó al niño a respirar mejor?
 - ¿Se realizó una aspiración profunda o solo se aspiró la boca o la nariz?

AFO o aparatos ortopédicos:

- Si la piel del niño estaba intacta antes de la colocación de los aparatos.
- Momento de la colocación.
- Tiempo en que se retiraron.
- Si hubo irritación al colocar los aparatos.
- ¿Cómo estaba la piel del niño tras retirarlos? ¿Aparecieron manchas rojas? ¿Ampollas? ¿O estaba la piel suave y sin marcas?

DOCUMENTACIÓN, (CONT.)

Standers:

- Time the child was placed in the stander.
- Time removed from stander.
- Check skin: any red spots or blisters? Or was the skin soft and without marks?
- Child's behavior during the time in the stander.

Feeding activities:

- When did feedings start/stop?
- Was feeding difficult? Did the child gag?
- If the child is tube fed, did you have to slow the feeding?
- Was there residual formula/contents in the stomach before you started the next feeding? How much?

DOCUMENTACIÓN, (CONT.)

Documenting seizures or seizure-like activities:

- Time activity started/stopped.
- Symptoms witnessed, such as eye rolling or jerking. Medical terms don't matter here. It's the description and what you did that matters.
- Did you have to give any rescue medications?
- Anything the provider specifically ordered concerning the child's seizure.

If you notice an increase in the number of seizures, you may need to call the home health care agency's nurse care manager and the provider's office. The child may need to be seen or may need a medication adjustment.

DOCUMENTACIÓN, (CONT.)

Cuidado de la piel:

- Horario(s) en que se cambió la ropa de cama o las compresas
- Horario (s) en que se cambió la ropa interior.
 - ¿Orina?
 - ¿Tenía mal olor?
 - ¿El niño estaba inquieto al orinar?
 - ¿Heces?
 - ¿Líquidas o sólidas?
 - ¿Aumento de la frecuencia de la defecación?
 - Si un paciente recibe nutrición parenteral total (TPN), presenta un aumento en el número de defecaciones y, por lo general, las heces son ácidas.

DOCUMENTACIÓN, (CONT.)

Lesiones en la piel:

- ¿Cómo se ve la piel? ¿Está enrojecida? ¿Se está extendiendo? (No pasa nada si se mide la zona).
- Tratamientos aplicados, colocación de dispositivos de posicionamiento como rodillos o agarres para las manos para evitar que se contraigan, o almohadas para las piernas o las rodillas.

Cuidados de la ostomía: ¿Cómo se ve la zona?

- Cuándo se cambia la bolsa.
- Cualquier pomada o medicamento que se haya aplicado.
- Si la piel alrededor de la zona se ve enrojecida, inflamada o diferente de lo habitual, avise al enfermero gestor del caso. Es posible que sea necesario informar de ello al proveedor.

SEGURIDAD EN EL HOGAR: PLAN DE EMERGENCIA

- What types of emergencies could happen?
 - Power outages, fires, tornadoes, medical emergencies, etc.
- Where are the closest first responders/hospital in case of a medical emergency?
 - Inform your local fire department and EMSA providers that an individual with special health care needs is present in advance.
- How will you receive emergency alerts and warnings?
 - TV, radio, cell phone.
- What is your shelter plan?
 - Is it safe to remain in the home, and if so, where is the safest location?
 - What types of supplies would be needed to shelter for a prolonged period?
 - Food, water.
 - Emergency kit, including medications, formula and supplies (oxygen, trachs, GT, etc.)
 - Generator if equipment such as a ventilator is needed.

SEGURIDAD EN EL HOGAR: PLAN DE EMERGENCIA, (CONT.)

- ¿Cuál es tu ruta de evacuación?
 - ¿A dónde irá si no puede permanecer en casa?
 - A casa de familiares o amigos, al hospital, a un refugio designado, etc.
 - ¿Se necesitan vehículos o suministros especiales para transportar al niño de forma segura?
 - ¿Hay alguna ruta de evacuación específica designada?

Aviso: Asegúrese de que todos los que vivan en casa sepan dónde se encuentra la maleta de emergencia.



Diet

WIC or Formula Plan	
WIC Office in Your County:	Phone:

Outpatient Therapy (Physical, Occupational, Speech)	
Company Name:	Phone:
Address:	Fac:
Comments:	
Company Name:	Phone:
Address:	Fac:
Comments:	
Company Name:	Phone:
Address:	Fac:
Comments:	

Follow-up Appointments		
Primary Care Provider (PCP):	Address:	Phone:
Date/Time:		Fac:
Special Instructions:		
Specialty:	Address:	Phone:
Date/Time:		After hours:
		Fac:
Special Instructions:		
Specialty:	Address:	Phone:
Date/Time:		Fac:
Reason for consult:		
Specialty:	Address:	Phone:
Date/Time:		Fac:
Reason for consult:		
Specialty:	Address:	Phone:

Discharge Plan for:



Demographics		
Date of Birth:	Admit Date:	Allergies: no known allergies
Diagnosis:	Interventions/Surgeries:	

Discharging Pharmacy		
The Children's Hospital - Pharmacy 1300 N Children's Ave., Suite 2A	Phone: 405-271-2156	Fac: 405-271-2158

Medications		

Medical Equipment & Supplies (DME)	
Company Name:	Phone:
Case Manager:	Fac:
Product: Oxygen setup, pulse oximeter, trach supplies, portable suction, nebulizer, GT supplies, feeding pump, formula.	
OCH Inpatient Case Manager: Ashley	Phone:
She set up your DME in the hospital. Call her with questions.	

SEGURIDAD

Información médica:

- Copia en papel y copia digital.

SEGURIDAD EN SILLAS DE RUEDAS

What do I need to know about my child's wheelchair?

If your child has a custom wheelchair, check the owner's manual for specific information. Many wheelchairs have these features:

- 2 wheel locks with handles near each wheel. When locked, they prevent the chair from moving. Do not apply wheel locks while the wheelchair is moving.
- A seatbelt to help keep your child in place and prevent them from falling out of the chair.
- 1 or 2 footrests to support your child's feet.
- A cushion to help increase comfort, improve posture and protect the skin over the sitting bones.
- Other types of support to position and keep your child in place, such as lateral trunk supports. Lateral trunk supports may or may not swing out of the way. They help keep your child upright and straight in the chair.

Your child's wheelchair may have other features to meet your child's needs. It may tilt, or it may be a power wheelchair.

To help keep the wheelchair in good condition:

- Know the vendor name and phone number. Most often, this is on a sticker on your child's wheelchair.
- Make sure your child's chair has routine care to help keep it in good repair and prevent accidents.
- Call the vendor at least every 4 to 6 months to see if the wheelchair needs any repairs or if your child has grown.

How do I prepare for a safe transfer?

Your child's therapist can teach you how to safely transfer your child. Some guidelines include:

- Put the wheelchair close to your child. Place the chair so that it makes it easy for you to pivot or rotate your child into the chair. Be sure the area is clear, safe and free from clutter.
- Lock the wheel locks on the wheelchair.
- If your child is in a hospital bed, make sure the bed brake is locked.
- Remove the footrests from the wheelchair or swing them fully away.
- Remove or flip up the armrest. Do this on at least 1 side closest to the bed or surface where you are moving your child.
- Unbuckle the seatbelt.
- Make sure the cushion is secure and in the right place.
- Think about a plan for how you will move your child. Have an extra person nearby if needed.
- It is best to use a gait belt for extra safety. This is a special belt that goes around your child's waist.
- Ask for help if your child has lines or tubes connected to them or if your child is too big for you to safely lift by yourself.

SEGURIDAD EN SILLAS DE RUEDAS

How do I transfer my child safely?

Your child's doctor will give you specific instructions about how much your child can help with the transfer. This may depend on how much weight your child can put on their arms or legs.

Your therapist can teach you how to move your child safely with or without special equipment. Some guidelines include:

- Have your child move to the edge of the bed or chair. Get as close to them as possible. If your child can help you with the transfer, remind them what you need them to do.
- Place 1 of your feet and that knee between your child's legs. Or, stand so that your toes are up against your child's toes (toe to toe).
- Bend at your hips and knees. Keep your back straight.
- Lift your child by holding them at their waist or crossed arms. Do not pull on their arms or have them reach around your neck to help. Your therapist may also give you a gait belt to use.
- Lift your child all the way before turning. Do not twist your body while lifting.
- Use slow, controlled movements.
- Be prepared to lift your child fully in case they cannot help you. If you need help to safely transfer your child, have an extra person nearby. Tell them what you need them to do ahead of time.

Once your child is in the wheelchair, make sure they are as safe as possible:

- Make sure they sit up straight with their bottom as far back in the seat as possible.
- Buckle the seatbelt. Make sure it fits snugly at their hips to help prevent them from sliding.
- Attach and secure any straps, headrests, armrests and footrests that help hold them in place.

- Place their things in a bag on the back of the chair. Avoid placing too many things in their lap.
- Make sure to keep breathing equipment that may be needed in the area. This is so you can get to it quickly in case of emergency.
- If your child has a weaker side, it may be easier for them to help if you move them towards the stronger side.

Other tips include:

- Help your child change their position at least every 30 minutes to make sure they do not have any pressure areas and their skin stays protected. You may use a timer to help with this.
- Put your hand on their chest when going downhill. You can also wheel the chair down the hill backwards if the hill is steep.
- Make sure tip bars are in place to prevent the wheelchair from tipping backwards. This is important when going up a hill or curb.
- Plan where you are going ahead of time when possible. Use ramps if available.

SEGURIDAD EN LAS SILLAS PARA EL AUTOMÓVIL

- Asegúrese de que todos los pasajeros lleven correctamente abrochado el cinturón de seguridad. Respete todas las normas relativas a la altura y el peso.
- SAFE KIDS Oklahoma ofrece sillas de seguridad para automóviles a precios reducidos y se asegura de que estén correctamente instaladas. Cuentan con un centro en el Bethany Children's.
- Muchos niños con necesidades especiales pueden viajar en sillas automovilísticas convencionales si se les realizan las modificaciones específicas necesarias en función de cada caso. Las modificaciones necesarias deben consultarse con el médico del niño, los terapeutas de rehabilitación o un especialista en sillas automovilísticas.
- Cuando los niños crecen y dejan de caber en las sillas de automóvil convencionales y necesitan sillas adaptadas a largo plazo, las familias pueden consultar con sus terapeutas de rehabilitación para encontrar y encargar un dispositivo de asiento adecuado.
- Es posible que algunos niños que no sean capaces de seguir las instrucciones de seguridad necesiten utilizar durante un tiempo prolongado un arnés de 5 puntos o un chaleco de seguridad para evitar que se desabrochen los cinturones mientras el automóvil está en marcha.
- Algunos niños pueden necesitar sillas de automóviles adaptadas de forma temporal, como los que padecen onfalocela o los que deben llevar un yeso en la cadera, el muslo o la columna vertebral. Los médicos y los terapeutas de rehabilitación deben comentar estas situaciones con las familias antes de dar el alta.



DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

RECURSOS COMUNITARIOS

para recursos de todo tipo, visite oklahoma.gov/ohca/BeANeighbor.

Una vez introducido su código postal, la página web lo dirigirá a los recursos disponibles en su zona. Entre ellos se incluyen ayudas para la alimentación, la vivienda, el transporte público, empleo y mucho más.

FindHelp
OKLAHOMA



Search and connect to support. Financial assistance, food pantries, medical care, and other free or reduced-cost help starts here:

73105

SEARCH

If you or someone you know is in crisis, call or text 988 to reach the [Suicide and Crisis Lifeline](#), chat with them online via their website, or text HOME to 741741 (multiple languages available). If this is an emergency, call 911.



Coordinadores de servicios sociales

- Estas personas ayudan a derivar a los pacientes a servicios comunitarios, como grupos de apoyo, bancos de alimentos y ayudas para el pago de los servicios públicos.
- Los coordinadores de servicios sociales revisan y coordinan las solicitudes relacionadas con las comidas y el alojamiento para los servicios de atención a distancia descritos anteriormente.
- Para obtener más información, llame al departamento de Gestión de la Atención a la Población de OHCA al 877-252-6002 y solicite la ayuda de un coordinador de servicios sociales. El horario de atención es de lunes a viernes, de, 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

VIAJAR FUERA DE CASA

- Tenga preparada de antemano una lista completa del equipo necesario.
- Prepare una maleta con todo lo básico y los artículos de emergencia.
- Recargue todos los equipos y traiga los cables de alimentación.
- planifique con antelación cómo va a transportar el equipo.
- Esté preparado para las emergencias.
- Lleve consigo información de emergencia.

In Care of Kids



Transporting My Ventilator Dependent Child

General Information:

It is very important to have emergency supplies with your child at **ALL TIMES**. You will need a "go bag" with all needed emergency supplies that always stays with your child. This emergency bag should be sturdy, close completely with a zipper, and let the contents to be easily found within the bag.

Supplies needed:

- Go Bag
 - Extra trach (size in use) – with obturator
 - Extra trach - Size smaller for emergencies
 - Trach ties/chain
 - Trach cleaning supplies
 - Artificial noses – HME
 - Chain cutter (for those who have a chain)
 - Suction Catheters
 - Saline Bullets
 - Alcohol wipes
 - Extra G-tube button
 - G-tube extension
 - G-tube care supplies
 - Sterile water
 - Wet wipes
 - Lubricant packets
 - 5ml syringe
 - Ambu bag
- Charged Transport ventilator (back up ventilator) on current settings.
- Spare battery and AC power cord: charged.
- Oxygen tank and spare O2 tank with "O" ring for seal.
- Power cords for external battery and ventilator.
- Car charger power cord for ventilator
- Portable Suction Machine
- Hand sanitizer or antibacterial wipes
- Regular baby needs
- Other feeding supplies not in "go bag"
- Stroller or wheelchair

Transportation procedure:

1. Make sure the ventilator battery is well charged as well as the back-up battery.
2. Put your child in a stroller or wheelchair.
3. Make sure all equipment (including the ventilator) is ready and attached to the chair when appropriate.
4. Put your child on the transport ventilator
5. Make sure your child is stable, has good chest rise and HME ("nose") is in line.
6. Turn off the bedside ventilator when you are sure the child is ready to go and breathing well.
7. Attach the circuit to the stroller or wheelchair to make sure no hoses get run over or kinked.

Please ask your healthcare provider if you have any questions regarding this information, or have other learning needs.

Anschutz Medical Campus 13123 East 16th Ave, Aurora, CO 80045 | 800-624-6553 | childrenscolorado.org

Author: Ventilator Care Program Team | Approved by Patient Education Committee | Valid through 2021
The information presented is intended for educational purposes only. It is not intended to take the place of your personal doctor's advice and is not intended to diagnose, treat, cure or prevent any disease. The information should not be used in place of a visit, call or consultation or advice of your doctor or other health care provider.

Children's Hospital Colorado complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. *ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-624-6553. *We are an Equal Opportunity Employer. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. *ATTENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-624-6553. *We are an Equal Opportunity Employer. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. *ATTENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-624-6553.



OKLAHOMA
Health Care Authority

CONTÁCTANOS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105

oklahoma.gov/ohca
mysoonercare.org

Agency: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767

