



**Miami-Dade County  
Community Action and Human Services Department  
Head Start/Early Head Start Division**



**Individualized Care Plan (ICP)  
Plan de cuidado individualizado**

<b>Child's Name/</b> Nombre del niño:	_____	<b>Date of Birth/</b> Fecha de nacimiento:	_____
<b>Child Care Center/Facility/</b> Centro:	_____	<b>Classroom Teacher/</b> Maestra:	_____
<b>Parent/Legal Guardian Name/</b> Nombre del adulto/Guardián Legal:	_____	<b>Phone Number/</b> Número de teléfono:	_____
<b>Health Care Provider Name/</b> Proveedor de salud:	_____	<b>Phone Number/</b> Número de teléfono:	_____

**Purpose: Every child with special health care needs must have an Individualized Care Plan (ICP). An ICP ensures that a child's medical requirements are properly met while they are in attendance at the child care facility. The child's parents or guardians must be sure to have open communication with the Health Coordinator/Facilitator and Teacher.**

Propósito: Cada niño con cuidado especial medico tiene que tener un Plan de cuidado individualizado (ICP). El ICP asegura que el niño con requisitos médicos sea tratado correctamente mientras está atendiendo el centro de cuidado infantil. Los padres o el guardián tienen que asegurarse de comunicarse constantemente con los coordinadores de salud y las maestras.

- |   |  |
|---|--|
| <p>a. The health care provider <b>must</b> give a prescription for the child's health condition including a description of the problems and symptoms the child might experience that need immediate attention.</p> <p>b. An updated ICP for the child's health condition is required for each calendar year the child is enrolled in the program.</p> <p>c. The Head Start/Early Head Start Program will provide special accommodations for health care needs. Training for the classroom staff will be conducted on any emergency care your child may need.</p> <p>d. Special accommodations for health care needs may not be provided until the ICP form is completed.</p> <p>e. A release from the health care provider is required to discontinue any special health care needs ordered.</p> <p>f. <b>If life-threatening symptoms occur, the Head Start Staff will administer any prescribed medication or may call 911, even if parents cannot be reached.</b></p> <p>g. Parents will communicate any changes in the child's condition or treatment. Parent grants the release of this information to Miami-Dade Community Action and Human Services Department Head Start/Early Head Start Division.</p> | <p>a. El proveedor de salud tendrá que proveer una receta con indicaciones detalladas de las condiciones médicas del niño, problemas y/o síntomas que el niño pueda manifestar que necesiten atención inmediata.</p> <p>b. Este plan de cuidado individualizado debe ser actualizado anualmente.</p> <p>c. El Programa de Head Start/Early Head Start proveerá acomodaciones especiales para las necesidades médicas. Se ofrece entrenamiento 'en cómo actuar en caso de emergencia' al personal del salón de clase.</p> <p>d. Las acomodaciones especiales para las necesidades médicas no pueden ser proveídas hasta que el plan de cuidado individualizado este completo.</p> <p>e. Una autorización médica es necesaria para discontinuar cuidados o tratamientos indicados.</p> <p>f. <b>En caso de que una emergencia ocurra, el personal administrará el medicamento indicado y/o llamara el 911, aunque los padres no puedan ser localizados.</b></p> <p>g. Los padres o guardián deberán comunicar cualquier cambio en la condición o el tratamiento del niño(a). Los padres dan su consentimiento para intercambiar información con el programa de Miami-Dade Community Action and Human Services Department Head Start/Early Head Start Division.</p> |
|---|--|

**Medical Diagnosis or Condition/**  
Diagnóstico médico o condición:

**List ALL medication(s) prescribed by health care provider (Please indicate if any medication administration is required while in attendance during the program)**

Liste TODAS la medicinas recetadas por proveedor de salud (por favor indique si algunas de las medicinas son requeridas en las horas que el niño está en el programa)

**Medication Dose/Time:**  
dosis de la medicación y hora:

1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

<p><b>I. Has a written prescription which includes a diagnosis and/or health concern been received from the child's health care provider?</b> ¿Tenemos una receta escrita por el proveedor de salud que incluye el diagnóstico y/o preocupación del niño?</p>	<p>YES/SI: <input type="checkbox"/>      NO: <input type="checkbox"/></p>
<p><b>II. Has the health care provider been contacted and documentation noted in case notes and/or ChildPlus?</b> ¿Se ha contactado al proveedor de salud y han documentado por escrito y/o en Child Plus el diálogo?</p>	<p>YES/SI: <input type="checkbox"/>      NO: <input type="checkbox"/></p>
<p><b>III. Has a Medical Consent for Minor/HIPPA confidentiality notice been signed by parent to contact the health care provider for further information needed pertaining to this ICP?</b> ¿Ha firmado el padre o guardián el consentimiento médico para menores /Aviso de HIPAA de prácticas de confidencialidad para poder contactar al proveedor de salud en caso de que se necesite más información que se relacione al ICP?</p>	<p>YES/SI: <input type="checkbox"/>      NO: <input type="checkbox"/></p>

<b>Signs and symptoms child might experience that require immediate attention/</b> signos y síntomas que el niño refleje que necesite atención médica inmediata:			
<b>Call parent/guardian when the following symptoms occur/</b> Llamar al padre o guardián cuando los siguientes síntomas ocurran:		<b>Call 911 when the following symptoms occur/</b> Llamar al 911 cuando los siguientes síntomas ocurran:	
<b>Any known allergies/</b> alergias:			
<b>Other Health Concern or special classroom accommodations that child may need/</b> Cualquiera otra preocupación o arreglo especial en el salón que el niño necesite:			

**Note: By signing this document, the parent/guardian authorizes sharing this information with child care personnel who have a legitimate need for knowledge of the information.**

Al firmar este documento el padre o guardián autoriza que se comparta la información con el personal del programa que tiene una necesidad justificada para el saber esta información.

**Parent/Legal Guardian/Padre/guardián legal:**

**I agree with this plan of care for my child while he or she is at the child care facility. I agree to let the program staff know of any changes in my child's health condition or treatment and changes to the contact information on page 1 of this individual care plan.**

Yo acepto este plan de cuidado para mi niño mientras él o ella este en este programa. Yo acepto que comunicare al personal del programa cualquier cambio en la condición de salud de mi niño y/o del tratamiento y cualquier cambio en la información de contacto en la página 1 de este plan de cuidado individualizado.

**Signature/firma:** \_\_\_\_\_ **Date/fecha:** \_\_\_\_\_  
**Print Name/**  
 nombre en  
 manuscrito: \_\_\_\_\_

**Teacher/Maestro:**

**I acknowledge that the information above has been explained and understood.**

Yo acepto que toda la información declarada en el ICP fue explicada y entendida.

**Signature/firma:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Print Name/**  
 nombre en  
 manuscrito: \_\_\_\_\_

**Health Coordinator/Facilitator/Coordinador de Salud o facilitador:**

**I acknowledge that all information obtained in the administration of the ICP has been verified and documented; and that all parties understand the use and rationale of the information obtained.**

Yo acepto que toda la información obtenida en la administración del ICP ha sido verificada y documentada. Todas las personas entienden el uso y por qué la información ha sido obtenida.

**Signature/firma:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Print Name/**  
 nombre en  
 manuscrito: \_\_\_\_\_