



Office of Developmental Primary Care

Mejorando la salud de las personas con discapacidades de desarrollo

NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
REGISTRO MEDICO #:
FECHA:

EQUIPO DE CUIDADO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO

AGENCIAS RESPONSABLES	PODER NOTARIAL LEGAL O TUTELAR	CENTRO MEDICO PRINCIPAL
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
NOMBRE:	TELÉFONO:	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / ENFERMERA ESPECIALISTA
↓	↓	NOMBRE:
COORDINADOR DE CASO DEL CENTRO REGIONAL	PACIENTE	CONTACTO PRINCIPAL:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:	TELÉFONO:	ENFERMERA
CONSEJERO DE REHABILITACIÓN Y/O EDUCACIÓN VOCACIONAL	↓	NOMBRE:
NOMBRE:	DEFENSOR DE SALUD	CONTACTO PRINCIPAL:
TELÉFONO:	NOMBRE:	TELÉFONO:
AGENCIA:	TELÉFONO:	MÉDICO DE SALUD MENTAL
COORDINADOR DE PROGRAMA DEL DÍA	DEFENSOR ALTERNATIVO	NOMBRE:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:	TELÉFONO:	FARMACÉUTICO(A)
AGENCIA:	↑	NOMBRE:
OTROS COORDINADORES DEL CASO	HOGAR COMUNITARIO PRINCIPAL, CUIDADOR RESIDENCIAL O FAMILIAR	TELÉFONO:
NOMBRE:	NOMBRE:	DENTISTA
TELÉFONO:	TELÉFONO:	NOMBRE:
AGENCIA:	↑	CONTACTO PRINCIPAL:
NOMBRE:	CUIDADOR(ES) PRINCIPAL(ES)	TELÉFONO:
TELÉFONO:	NOMBRE:	PROVEEDORES DE EQUIPO MÉDICO DURADERO
AGENCIA:	TELÉFONO:	NOMBRE:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:	TELÉFONO:	NOMBRE:
AGENCIA:		TELÉFONO:

IHCT CHART