



Community Action and Human Services Department

Head Start/Early Head Start Division

Medical Health/Oral Health Individual Health Plan (IHP)



English Instructions

Purpose: Every child with special health care needs must have an Individualized Health Plan (IHP). An IHP ensures that a child's medical requirements are properly met while they are in attendance at the delegate or Early Child Care Partner Site. The child's parents or guardians must have open communication with the Health Coordinator/Facilitator and Center staff.

Requirement:

- 1) As per Head Start Performance Standards §1302.47 (b) (4) (g), Health Start grantee and site staff, annually receives training in emergency intervention.
- 2) If a child's need is not met through the scheduled training, classroom staff will be trained to address the child's specific needs to ensure that staff is prepared for the emergency care your child may need.
 - a) Per, Head Start Performance Standards §1302.47 (b) (c) (g)(7) (i) (iv) (vi), and grantee policies and procedures, the health care provider **must** give a prescription for the child's health condition including a description of the problems, and symptoms the child might experience that needs immediate attention.
- 3) Each program calendar year, each child's Individual Health Plan (IHP) must be updated.
- 4) The Head Start/Early Head Start Program will provide special accommodations for each child's health care needs.
- 5) Special accommodations for health care needs may not be provided until the IHP form is completed.
 - a) A release form from the health care provider is required to discontinue any special health care needs order.
- 6) **If life-threatening symptoms occur, Head Start Staff will administer the prescribed medication provided for the emergency, and will call 911, even if parents cannot be reached.**
- 7) Parents/legal guardians will communicate any changes in the child's condition or treatment.
- 8) Parent/legal guardian grant the release of this information to Miami-Dade Community Action and Human Services Department Head Start/Early Head Start Health Coordinator/Facilitator

Instrucciones En Español

Propósito: Cada niño con cuidado especial medico tiene que tener un Plan de salud individualizado (IHP). El IHP 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.

Requisito:

- 1) De acuerdo con las Reglas de Ejecución Head Start §1302.47 (b) (4) (g), Health Start agente y el personal del local, cada año recibe entrenamiento en intervención de emergencia.
- 2) Si la necesidad del niño no se cumple a través del entrenamiento programado, el personal del salón serán capacitados para hacer frente a las necesidades específicas del niño para asegurarse de que el personal está preparado para la atención de emergencia que su hijo puede necesitar.
 - a) Por las reglas de funcionamiento del programa Head Start §1302.47 (b) (c) (g) (7) (i) (iv) (vi), y las políticas y procedimientos del agente, el médico debe dar una receta para el estado de salud del niño incluyendo una descripción de los problemas, y los síntomas podría manifestar el niño que necesita atención inmediata.
- 3) Cada año del programa, el plan de acción individual de cada niño (IHP) se debe actualizar.
- 4) El inicio del programa Head Start / Early Head Head proporcionará adaptaciones especiales para las necesidades de cuidado de la salud de cada niño.
- 5) los alojamientos especiales para necesidades médicas no pueden proporcionarse hasta que se complete el formulario IHP.
 - a) Se requiere una forma de liberación del proveedor de atención médica para interrumpir cualquier orden especial de intervención de salud.
- 6) **Si se presentan síntomas que amenazan la vida, el personal de Head Start administrará la medicación prescrita para la emergencia, y llamará al 911, incluso si no se puede localizar a los padres.**
- 7) Los padres / tutores legales comunicarán cualquier cambio en la condición o tratamiento del niño.
- 8) Los padres / tutor legal otorgue la liberación de esta información para Miami-Dade de Acción Comunitaria y Servicios Humanos Departamento de Head Start / Early Head Start Salud Coordinador / Facilitador

Ayisyen-kreyòl Enstriksyon

Objektif: Chak timoun ki gen bezwen swen sante espesyal dwe gen yon Plan Sante Endividyèl (IHP). Yon IHP asire ke kondisyon medikal yon timoun yo byen te rankontre pandan yo nan prezans ou nan etablisman an swen pou timoun. paran oswa gadyen legal timoun nan dwe asire w ke ou gen louvri kominikasyon ak Sante Koòdonatè / Fasilitatè a ak Pwofesè.

kondisyon:

- 1) Tankou pou chak Standards Head Pèfòmans Start §1302.47 (b) (4) (g), Swen Sante Start benefisyè ak anplwaye sit, chak ane resevwa fòmasyon nan entèvasyon ijans.
- 2) Si bezwen yon timoun se pa sa te rankontre nan fòmasyon ki pwograme, yo pral anplwaye salklas dwe resevwa fòmasyon nan adrès bezwen espesifik timoun nan asire se ke anplwaye prepare pou ijans lan pran swen pitit ou a ka bezwen.
 - a) Pou chak, Head Start Pèfòmans Standards §1302.47 (b) (c) (g) (7) (mwèn) (iv) (vi), ak règleman benefisyè ak pwosedi, founisè swen medikal la dwe bay yon preskripsyon pou kondisyon sante timoun nan ki gen ladan yon deskripsyon nan pwoblèm yo, ak sentòm eksperyans nan fòs pitit ki bezwen atansyon imedyat.
- 3) Chak ane kalandriye pwogram, yo dwe plan aksyon endividyèl chak timoun nan (IHP) dwe mete ajou.
- 4) Head Start / Early Head Start Pwogram ap bay aranjanman espesyal pou bezwen swen sante chak timoun nan.
- 5) pa ka bay akomodasyon espesyal pou bezwen swen sante jiskaske yo fòm nan IHP fin fèt.
 - a. Yon fòm lage nan men founisè swen medikal la oblije sispann nenpòt swen sante espesyal bezwen lòd.
- 6) **Si sentòm ki menase lavi yo fèt, Head Start Anplwaye pral administre medikaman an preskri bay pou ijans lan, epi yo pral rele 911, menm si paran yo pa ka rive jwenn.**
- 7) Paran / gadyen legal pral kominike nenpòt ki chanjman nan yon kondisyon ki oswa tretman timoun nan.
- 8) Paran gadyen / legal bay liberasyon an nan enfòmasyon sa a Aksyon Kominotè Miami-Dade ak Sèvis Imen Depatman Head Start / Early Head Start Sante Koòdonatè / Fasilitatè

Child's Name: _____ DOB: _____ Site Name: _____



**Community Action and Human Services Department
Head Start/Early Head Start Division
Medical Health/Oral Health Individual Health Plan (IHP)**



Child's Name: _____ D.O.B.: _____

Site Name: _____ Date: _____

Medical/Oral Health Diagnosis or Condition/Diagnóstico o Condición Médica/Oral / Medikal / Oral Health Dyagnostik oswa Condition:

List ALL medication(s) prescribed by health care provider (Please indicate if any medication administration is required while in attendance during the program)		Medication Dose/Time:	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
i. Has a written prescription which includes a diagnosis and/or health concern been received from the child's health care provider?			
ii. Has the health care provider been contacted and documentation noted in case notes and/or ChildPlus?		YES: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
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 IHP?		YES: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

**Signs and symptoms child might experience that require immediate attention/
Signos y síntomas que el niño refleje que necesite atención médica inmediata/ Siy ak eksperyans sentòm pitit fòs ki mande pou atansyon imedyat:**

<p>Call 911 when the following symptoms occur</p>	
<p>Call parent/guardian when the following symptoms occur</p>	
<p>Other Health Concern or special classroom accommodations that child may need/ Cualquiera otra preocupación o arreglo especial en el salón que el niño necesite/ Lòt Concern Sante oswa espesyal akomodasyon salklas ke pitit ka bezwen:</p>	

Healthcare Provider Stamp

Healthcare Provider Name (Print)

Health Provider Signature

Date



**Community Action and Human Services Department
Head Start/Early Head Start Division
Medical Health/Oral Health Individual Health Plan (IHP)**



HIPAA

Note: By signing this document, the parent/legal 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.

(ENGLISH)

Parent/Legal Guardian/Padre/guardián legal/Paran / Gadyen 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.

(SPANISH)

Yo, _____, acepto este plan de cuidado para mi niño/a, _____, 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.

(HAITIAN CREOLE)

Mwen, _____, dakò ak plan sa a pou ba yo swen pou pitit, _____, mwen an pandan y ap li oswa li te se nan etablisman an swen pou timoun. Mwen dakò kite konnen an plwaye pwogram nan nenpòt ki chanjman nan kondisyon sante pitit mwen an oswa tretman ak chanjman nan kontak enfòmasyon ki nan paj 1 nan plan swen moun sa a.

Print Name/Nombre en Molde/ Ekri an lèt detache Non

Signature/firma/ siyati

Date/Fecha/Dat

Teacher/Maestro:

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

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

Mwen rekonèt ke enfòmasyon ki anwo a ki te eksplike ak konprann.

Print Name/Nombre en Molde/ Ekri an lèt detache Non

Signature/firma/ siyati

Date/Fecha/Dat

Health Coordinator/Facilitator/Coordinador de Salud o facilitador:

I acknowledge that all information obtained in the administration of the IHP 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 IHP ha sido verificada y documentada. Todas las personas entienden el uso y por qué la información ha sido obtenida.

Print Name/Nombre en Molde/ Ekri an lèt detache Non

Signature/firma/ siyati

Date/Fecha/Dat

Child's Name: _____ DOB: _____ Site Name: _____