

Ordene Folletos O Imprímalos de Nuestra Página Electrónica

- ABIN-PA en Acción
- Datos Básicos de Daños Cerebrales
- Construyendo Nuevas Vidas
- Cambios en Sus Seres Queridos
- Abuso Infantil
- Niños, Jóvenes y la Familia
- Los Niños Requieren Rehabilitación
- Justicia Criminal
- Servicios de Atención al Cliente
- Definiciones Plan de Alta
- Violencia Doméstica
- Todos Conocemos a Alguien con Daños Cerebrales
- Familias Plan Financiero
- Estrategias de Curación
- Justicia Juvenil
- Oficiales de la Ley: Información de Daños Cerebrales y Estrategias
- Récord de Medicamentos
- Asociandonos con los Profesionales
- Planeando Su Recuperación
- Profesionales Que Puede Conocer
- Programas Públicos
- Psiquiatría Rehabilitación
- Personas Mayores Deportes
- Guía Telefónica
- Veteranos Servicios Para Víctimas

Recursos Para Personas con Daños Cerebrales

- ABIN-PA 800-516-8052
- BIAA Línea de Ayuda 800-444-6443
- BIAPA Línea de Recursos 866-635-7097
- Línea de Ayuda Para Personas con Daños Cerebrales 866-412-4755
- Red de Derechos Para los Discapacitados
www.drnpa.org 800-692-7443
- Elks Enfermeras (PA) 814-781-7860
(Planes de Cuidado Para Niños)
- Programa Para Daños a la Cabeza
717-772-2762
(1 año de rehabilitación \$100,000 máximo)
- Proyecto de Leyes de Salud 800-274-3258
(ayuda para obtener beneficios públicos)
- Ayuda Legal (PA) 800-322-7572
- Comida en Ruedas www.mealcall.org
- Exenciones de Medicaid 800-757-5042
- Asistencia Médica 866-542-3015
(todo niño discapacitado es elegible)
- Cobertura de Medicare 800-633-4227
- Rechazos de Medicare 800-322-1914
- Alianza de Daños Cerebrales de Pittsburgh
www.pabia.org 412-761-9870
- Seguro Social 800-772-1213
- Línea de Consultas de Educación Especial
800-879-2301
- Unidad de Necesidades Especiales
800-521-6860
(todo niño tiene derecho a rehabilitación)
- Rehabilitación Vocacional
www.dli.state.pa.us

SU RÉCORD DE MEDICAMENTOS:

ENSÉÑESELO A CADA MÉDICO Y A CADA FARMACEUTA CADA VEZ QUE LOS VEA

215-699-2139
1-800-516-8052
info@abin-pa.org
www.abin-pa.org

**RED DE DAÑOS CEREBRALES
ADQUIRIDOS DE PENNSYLVANIA**

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____

Medicamento _____
Cada píldora contiene _____ mg.
Yo tomo _____ píldoras todos los días
Empecé a tomarlas el _____
Paré de tomarlas el _____
Receta del Dr. _____
Teléfono del Dr.: _____
Farmacia _____
Teléfono de la Farmacia _____
Razón: _____