

**Departamento de Salud de la Conducta
ISSP/ Plan de Recuperación del Cliente**

"Una asociación para el bienestar"

SERVICIOS PLANIFICADOS: MHS MSS CM DTI DTR
El Cliente es miembro del FSP (24/7) - Sí No *(para los TBS referirse al Plan TBS por separado)*

Síntomas del Diagnóstico y daños relacionados

Síntomas del Diagnóstico (Dx):

Daños funcionales observables, medibles relacionados con los Síntomas del Dx:

(Basados en el individuo) (Cómo se presentan los síntomas en los sucesos o episodios del comportamiento)

Resultados Esperados por el Cliente

Metas Fijadas por el Cliente (negociadas con la persona) (formato estructurado)

A lograrse antes del _____
(fecha de logro de la meta)

1. El/La Cliente reducirá/aumentará _____ desde _____ veces por _____
(encierra en un círculo) (comportamiento observable, medible) (frecuencia) (hora, día, semana, mes.)

A una meta de _____ veces por _____ medibles mediante _____
(<o>(frecuencia) (hora, día, semana, mes) (manteniéndose durante) (auto-informe, observación, informe colateral, etc.)

2. El/La Cliente reducirá/aumentará _____ desde _____ veces por _____
(cierre en un círculo) (Comportamiento observable, medible) (frecuencia) (hora, día, semana, mes.)

A una meta de _____ veces por _____ medibles mediante _____
(<o>(frecuencia) (hora, día, semana, mes.) (manteniéndose durante) (auto-informe, observación, informe colateral, etc.)

Intervenciones del Coordinador de Servicios/Proveedor de Servicios:

Modalidad:	Frecuencia:	Fecha de Inicio del Servicio:	Fecha Esperada de Finalización:
Enfoque/Propósito:			
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	

Modalidad:	Frecuencia:	Fecha de Inicio del Servicio:	Fecha esperada de Finalización:
Enfoque/Propósito:			
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	

PLAN DE RECUPERACIÓN DEL CLIENTE/ISSP

Información Confidencial del Paciente
 Referirse a la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones
 Revisado el 05/09 AZUL

NOMBRE:
 REGISTRO No.:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 PROGRAMA:

Departamento de Salud de la Conducta
ISSP/ Plan de Recuperación del Cliente

Página ____ de ____

"Una asociación para el bienestar"

METAS E INTERVENCIONES: (CONTINUACIÓN)

Metas Impulsadas por el Cliente (formato libre)

A lograrse antes del _____ (fecha de logro de la meta)

(asegúrese de incluir todos los elementos de una meta completa de conducta, con margen de tiempo, comportamientos observables y medibles y los métodos de medición)

Modalidad:	Frecuencia:	Fecha de Inicio del Servicio::	Fecha Esperada de Conclusión:
Enfoque/Propósito:			
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor	
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor	

Modalidad:	Frecuencia:	Fecha de Inicio del Servicio:	Fecha Esperada de Conclusión:
Enfoque/Propósito:			
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	
Fecha:	Nombre del Proveedor En Letra de Imprenta	Firma del Proveedor:	

Modalidad:	Frecuencia	Fecha de Inicio del Servicio:	Fecha Esperada de Conclusión:
Enfoque/Propósito:			
Fecha:	Nombre del Proveedor en Letra de Imprenta:	Firma del Proveedor:	
Fecha:	Nombre del Proveedor en Letra de Imprenta:	Firma del Proveedor:	

PLAN DE RECUPERACIÓN DEL CLIENTE/ISSP

Información Confidencial del Paciente
Referirse a la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones

Revisado el 05/09 AZUL

CLP024 (05/09)

Práctica Clínica

NOMBRE:

REGISTRO No.:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:

**Departamento de Salud de la Conducta
ISSP/ Plan de Recuperación del Cliente**

Página ____ de ____

"Una asociación para el bienestar"

PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL CLIENTE /GUARDIAN DEL CLIENTE EN EL PLAN DE RECUPERACIÓN	
Firma del Cliente:	Fecha:
Firma del Guardián del Cliente:	Fecha:
<i>Este Plan de Recuperación ha sido analizado con el/la cliente y/o el guardián del cliente. Tanto el/la cliente y el guardián del cliente admiten reconocer y comprender su participación en el Plan como se constata mediante su firma arriba.</i>	
El/La Cliente/El Guardián del Cliente Recibió o Se Le Envío un copia del Plan de Recuperación: <input type="checkbox"/>	Fecha:
El/la Cliente/ El Guardián del Cliente Rechazó Recibir una Copia del Plan de Recuperación: <input type="checkbox"/>	Fecha:
El/La Cliente/ El Guardián del Cliente Se Negó a Firmar el Plan de Recuperación del Cliente: Referirse al Informe de Progreso con Fecha: _____ <input type="checkbox"/>	Fecha:
Motivo para la Firma en Fecha Tardía del Cliente/Guardián del Cliente del Plan de Recuperación: Referirse al Informe de Progreso con Fecha: _____ <input type="checkbox"/>	Fecha:

FECHA DE INGRESO:	
FECHA DE INICIO DEL PLAN	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PLAN:
Fecha: _____ Nombre del Coordinador del Servicio en letra de Imprenta _____	Firma del Coordinador del Servicio: _____
Fecha: _____ *Nombre del Personero del LPHA en Letra de Imprenta: _____	*Firma del Miembro del Personal de LPHA: _____

**Se requiere si el coordinador del servicio no es un Profesional con Licencia, Registro o Dispensación por la LPHA local.*

Se requiere un Nuevo Plan de Recuperación por lo menos una vez cada 12 meses.

Información Adicional: *(por ejemplo, -fortalezas del cliente, expectativas de acciones del cliente en el tratamiento, y/o variables relacionadas con la prestación de servicios culturalmente adecuados y apto, etc.)*

Notas: ISSP = Individual Services and Supports Plan (Plan de Servicios y Apoyo Individuales)
LPHA = Licensed Practitioner of the Healing Arts (Profesional con Licencia en Artes Curativas)

PLAN DE RECUPERACIÓN DEL CLIENTE/ISSP

Información Confidencial del Paciente
Referirse a la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones
Revisado el 05/09 AZUL

CLP024 (05/09)

Práctica Clínica

NOMBRE:
REGISTRO No.:
FECHA DE NACIMIENTO:
PROGRAMA: