

**RESUMEN de ALTA - COORDINACION de CUIDADO***(Debe completarse dentro de los 30 días de la última sesión hecha cara a cara)*

Nombre del paciente:	Identificación del paciente:	Fecha de Admisión:
Fecha:	Fecha de la última sesión hecha cara a cara:	
Fecha fue determinada por la razón # (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/>		
(1) Última sesión cara a cara (2) Dado de alta por teléfono (3) Último servicio aceptado en el sistema de facturación		
Plan de alta del paciente:		
Motivo de alta		
<input type="checkbox"/> Terminó el Programa	<input type="checkbox"/> Falta de asistencia	<input type="checkbox"/> Conflictos Trabajo/Escolares
<input type="checkbox"/> Encarcelación	<input type="checkbox"/> Otra Razón	
Pronóstico del paciente		
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Pasable
<input type="checkbox"/> Guardado	<input type="checkbox"/> Pobre	El alta es <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Involuntario
¿Se le informó al paciente sobre sus Derechos de audiencia justa, si el alta fue involuntaria (Título 22, CCR, Sección 51341.1 (p))		
<input type="checkbox"/> Sí. Fecha de NOA	<input type="checkbox"/> NO Razón:	

RESUMEN NARRATIVO - SERVICIOS de COORDINACION de CUIDADO**(Resume de las barreras del paciente, los servicios de coordinación, y los resultados finales) El resumen narrativo DEBE incluir:**

Uso Actual de Drogas	Estado Legal / Actividad Criminal	Logros Vocacionales / Educativos	Situación de Vivienda	Referencias / Transición
Todos los componentes DEBEN SER DIRIGIDOS Si un componente no es aplicable (N / A), indíquelo e indique que el componente no es aplicable. Si este espacio no es suficiente para su resumen, continúe documentando en la parte posterior de la página.				
Uso Actual de Drogas:				
Estado Legal / Actividad Criminal:				
Logros Vocacionales / Educativos:				
Situación de Vivienda:				
Referencias:				
Transición al siguiente nivel de cuidado:				
Resumen:				

Comentarios del Paciente:

Completado por – Nombre Escrito

Completado por - Firma

Fecha

Supervisor – Nombre Escrito

Supervisor - Firma

Fecha