

**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**

*“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 (05/19)

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"*

<b>PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL CLIENTE /GUARDIAN DEL CLIENTE EN EL PLAN DE RECUPERACIÓN</b>	
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>	
<b>El/La Cliente/El Guardián del Cliente Recibió o Se Le Envío un copia del Plan de Recuperación:</b> <input type="checkbox"/>	Fecha:
<b>El/la Cliente/ El Guardián del Cliente Rechazó Recibir una Copia del Plan de Recuperación:</b> <input type="checkbox"/>	Fecha:
<b>El/La Cliente/ El Guardián del Cliente Se Negó a Firmar el Plan de Recuperación del Cliente:</b> Referirse al Informe de Progreso con Fecha: _____ <input type="checkbox"/>	Fecha:
<b>Motivo para la Firma en Fecha Tardía del Cliente/Guardián del Cliente del Plan de Recuperación:</b> Referirse al Informe de Progreso con Fecha: _____ <input type="checkbox"/>	Fecha:

<b>FECHA DE INGRESO:</b>	
<b>FECHA DE INICIO DEL PLAN</b>	
Fecha:	Nombre del Coordinador del Servicio en letra de Imprenta
<b>FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PLAN</b>	
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 (05/19)

NOMBRE:

REGISTRO No.:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:

Práctica Clínica