



Reset

Plan de Coordinación de Cuidados

Fecha:

Número de Caso:

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Teléfono - (Casa):

(Celular):

El plan de coordinación de cuidados está diseñado para ser un documento de trabajo para desarrollar objetivos junto con su coordinador de cuidados que lo asistirá en su proceso de recuperación. Es importante para recordar al establecer metas para usted mismo:

- Las metas deberían de ser **“SMART”** (Por sus siglas en inglés): **E**specíficas, **M**edibles, **A**lcanzables, **R**ealistas y **O**portunas (**T**imely)
- Su plan de coordinación de cuidados debería ser relacionado con sus metas generales a largo plazo.
- Deje tiempo suficiente para desarrollar metas a largo plazo. No se espera que las metas a largo plazo se completen en un plazo establecido.

Las siguientes son preguntas sugeridas que pueden ayudar a guiar el desarrollo de metas:

- ¿Quiénes son los individuos en su vida que pueden ayudarle a alcanzar tus metas?
- ¿Quiénes son los individuos en su vida que pueden causar una barrera para que usted no logre sus metas?
- ¿Cómo se vería su vida si pudiera alcanzar sus metas?
- ¿Cómo se vería su vida si no pudiera alcanzar sus metas?
- ¿Qué barreras tiene ahora y cómo afectan su vida?

Meta a Largo Plazo 1

Indique su meta:

O: ☐ La meta a largo plazo no se desarrolló durante esta sesión

Indique sus barreras para lograr esta meta:

Notas:

Meta a Largo Plazo 2

Indique su meta:

O: ☐ La meta a largo plazo no se desarrolló durante esta sesión

Indique sus barreras para lograr esta meta:

Notas:			
Por favor, indique las áreas de meta(s) de la lista a continuación:			
☐ Necesidad inmediata	☐ Estado de la vivienda	☐ Adherencia a la Medicación	☐ Trastorno de uso de sustancias
☐ Necesidades de lenguaje	☐ Sistema de Apoyo	☐ Salud dental	☐ Salud Mental
☐ Navegar Servicios	☐ Seguro Médico / Medí-Cal	☐ Finanzas	☐ Encarcelamiento / Cuestiones legales
☐ Estado inmigratorio	☐ Atención médica	☐ Seguridad Personal	☐ Hábitos Saludables/ Nutrición/ Ejercicio
☐ Necesidades de servicio de apoyo	☐ Transporte	☐ Servicios para niños y familias	☐ Educación / Capacitación Laboral
☐ Empleo	☐ Otros (especificar):		

Área Paso 1:			
Indicar meta para esta área:			
Acción	Persona (s) Responsable de Ayudar a Lograr esta Meta	Fecha Objetivo	Fecha de Logrado o Modificado
1.			
2.			
3.			
Notas:			
Referencia hecha ☐ N/A :			

Área Paso 2:			
Indicar meta para esta área:			
Acción	Persona (s) Responsable de Ayudar a Lograr esta Meta	Fecha Objetivo	Fecha de Logrado o Modificado
1.			
2.			
3.			
Notas:			
Referencia hecha ☐ N/A :			

Nombre eito del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Coordinador(a) de Cuidados: _____ Fecha: _____

Firma del Practicante con Licencia de las Artes Curativas: _____ Fecha: _____