Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental

PLAN DEL CLIENTE DE SERVICIOS DE APOYO DE MEDICINAS

"Una asociación para el bienestar"

Síntomas de Diagnóstico e impedimentos relacionados

Síntomas de Diagnóstico (Dx):

Impedimentos funcionales observables y medibles relacionados a los síntomas de diagnóstico:

Objetivos Impulsados por el/la Cliente *(Objetivos Medibles de Conducta con lapsos de tiempo y medidas cuantificables)*

A ser logrados para la fecha de _____ *(fecha de finalización del plan o fecha de logro de la meta)*

1. El Cliente reducirá/aumentará _____ de _____ veces por_____
   (circule uno) *(conducta medible y observable)* *(frecuencia)* *(hr, día, sem., mes)*
   a una meta de _____ veces por _____/_____ como es medido por _____
   (frecuencia) *(hr, día, sem., mes)* *(sostenido por)* *(autoinforme, observación, etc.)*
2. El Cliente reducirá/aumentará _____ de _____ veces por _____
   (circule uno) *(conducta medible y observable)* *(frecuencia)* *(hr, día, sem., mes)*
   a una meta de _____ veces por _____/_____ como es medido por _____
   (frecuencia) *(hr, día, sem., mes)* *(sostenido por)* *(autoinforme, observación, etc.)*

(Vea también las notas de MSS ID y la hoja de orden como parte Plan para MSS)

Fortalezas:

☐ **Apoyo Familiar** ☐ **Participa activamente en el tratamiento** ☐ **Limpio(a) y sobrio(a)**
☐ **Conciencia de condición psiquiátrica** ☐ **Complaciente con los tratamientos y citas de seguimiento**
☐ **Otro (Describa):** _____

Intervenciones:

☐ **Proveer evaluaciones de medicinas/recetas/monitoreo como se indica:** _____
(frecuencia de cita)

☐ **Proveer supervisión para servicios de gestión de caso** ☐ **Coordinar con el sistema de apoyo**
☐ **Educar al paciente sobre medicina y efectos secundarios** ☐ **Educación psicosocial**
☐ **Educar al paciente cómo usar bien los recursos comunitarios** ☐ **Otro:** _____
☐ **Fomentar la participación en otros servicios de tratamiento:**
☐ **Consejería de Salud Mental** ☐ **Consejería de Alcohol y Drogas** ☐ **Tratamiento para Condición Médica**

Fecha de Inicio del Plan:_____**Fecha Final del Plan:**_____ *(para los clientes que reciben servicios múltiples, esta fecha no debe extenderse más allá de la fecha final del Plan general del cliente)*

_____ _____
Cliente* **Fecha** **Padre/Tutor *(si aplica)*** **Fecha**

***Sin firma o firma con fecha posterior**
vea la nota de progreso fechada: _____ (fecha)

☐ **La copia del Plan se entregó/envió al cliente** _____ *(fecha)*
☐ **La copia del Plan se ofreció, pero la rechazó el cliente**

_____ _____
Firma del Personal **Fecha** **Nombre Impreso** **Nombre y Título Impreso del Personal**

_____ _____
Firma del Médico **Fecha** **Nombre Impreso**

Medication Support Services/Plan de Servicio de Apoyo de Medicinas
County of San Bernardino/Condado de San Bernardino
Department of Behavioral Health/Departamento de Salud Mental
Confidential Patient Inforamtion/Información Confidencial del Paciente
See W& I Code 5328/Ver el Artículo 5328 del Código de W & I
Revisado 05/09 Azul

(CLINIC USE ONLY/SOLAMENTE PARA USO DE LA CLINIC)
NAME:
CHART NO:
DOB:
PROGRAM: