

Plan de tratamiento

NOMBRE/NRO. DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Consejero Primario asignado:	Fecha de admisión en el tratamiento:	Tipo de plan de tratamiento Inicial <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> Fecha: _____	
Código primario conforme al DSM-5:	Código primario conforme al ICD-10:	Descripción del diagnóstico principal:	
DIMENSIÓN ASAM 1: POSIBILIDAD DE INTOXICACIÓN AGUDA/ABSTINENCIA			
DOMINIOS DEL ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (ASI, por sus siglas en inglés): ALCOHOL, DROGAS			
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			
Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
DIMENSIÓN ASAM 2: CONDICIONES BIOMÉDICAS/COMPLICACIONES		DOMINIOS DE ASI: CONDICIÓN MÉDICA	
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			

Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
DIMENSIÓN ASAM 3: ESTADO COGNITIVO/CONDUCTUAL/EMOCIONAL Y COMPLICACIONES DOMINIO DE ASI: CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA			
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			
Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
DIMENSIÓN ASAM 4: DISPOSICIÓN AL CAMBIO DOMINIOS DE ASI: ALCOHOL, DROGAS, CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA			
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			

Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
DIMENSIÓN ASAM 5: POSIBILIDAD DE RECAÍDA/CONTINUIDAD DE USO/DEL PROBLEMA DOMINIOS DE ASI: ALCOHOL, DROGAS, CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA			
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			
Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
DIMENSIÓN ASAM 6: ENTORNO DE RECUPERACIÓN/VITAL DOMINIOS DE ASI: LABORAL/DE APOYO, LEGAL, FAMILIAR/SOCIAL			
Gravedad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Etapa del cambio: <input type="checkbox"/> Precontemplación <input type="checkbox"/> Contemplación <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Acción <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída		
Planteamiento del problema:			

Planteamiento del objetivo:	Medidas de acción (indicar la persona responsable, el tipo y la frecuencia del servicio para cada medida de acción enumerada)	Fecha prevista	Fecha de finalización
Nombre del Paciente (en letra de imprenta):	Firma del Paciente:	Fecha:	
Nombre del Consejero (en letra de imprenta):	Firma del Consejero:	Fecha:	
Nombre del Médico/LPHA (en letra de imprenta):	Firma del Médico/LPHA:	Fecha:	
*Documentar el motivo de la falta de firma del paciente en este Plan de tratamiento:			
Se le ofreció al paciente una copia de este Plan de tratamiento:			
<input type="checkbox"/> Se entregó la copia <input type="checkbox"/> Se rechazó la copia. Fecha del rechazo: _____			
Nombre del Comité de Autorización (en letra de imprenta):	Firma del Comité de Autorización:	Fecha:	