

Partnership Plan For Wellness

Nombre del consumidor

Nro. de historia clínica

Nombre del proveedor

Programa

Fortalezas:

Enumerar otros servicios/organizaciones participantes:

Objetivos vitales: *¿Qué esperan lograr, o para qué trabajan, el consumidor o el niño y su familia? Por favor, utilizar sus propias palabras. Incluir esperanzas y sueños.*

Objetivos del tratamiento clínico: *Deben ser específicos, observables o cuantificables y mejorar la capacidad para perseguir las metas y/o reducir los impedimentos o los síntomas relacionados con el diagnóstico (una vez que se identifiquen los objetivos de salud mental, también pueden incluirse objetivos de gestión de casos, objetivos de gestión de casos específicos).*

Estrategias para lograr los objetivos: *Especificar qué hará el usuario/la familia/el proveedor, según corresponda. (Por ejemplo, ¿cómo ayudan estas medidas a reducir los síntomas y aumentar la funcionalidad?)*

Por favor, seleccionar todas las opciones de tratamiento que correspondan:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Familiar/Colateral	<input type="checkbox"/> Farmacológico	<input type="checkbox"/> Gestión de casos/ Gestión de casos específicos	<input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Serv. de rehab.
<input type="checkbox"/> Terapia diaria	<input type="checkbox"/> A definir	<input type="checkbox"/> Autoayuda/WRAP	<input type="checkbox"/> Child Wraparound (Asistencia integral para niños)	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Modificaciones o agregados: Fecha del plan actualizado _____

Objetivos vitales: ¿Qué esperan lograr, o para qué trabajan, el usuario o el niño y su familia? Por favor, utilizar sus propias palabras. Puede incluir esperanzas y sueños, según corresponda.

Objetivos del tratamiento: Deben ser específicos, observables o cuantificables y mejorar la capacidad para perseguir las metas y/o reducir los impedimentos o los síntomas.

Estrategias para lograr los objetivos: Especificar qué hará el usuario/la familia/el proveedor, según corresponda.

Duración propuesta _____ meses.

Por favor, seleccionar todas las opciones de tratamiento que correspondan:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Familiar/Colateral	<input type="checkbox"/> Farmacológico	<input type="checkbox"/> Gestión de casos/Gestión de casos específicos	<input type="checkbox"/> Grupal	<input type="checkbox"/> Serv. de rehab.
<input type="checkbox"/> Terapia diaria	<input type="checkbox"/> A definir	<input type="checkbox"/> Autoayuda/WRAP	<input type="checkbox"/> Child Wraparound (Asistencia integral para niños)	<input type="checkbox"/> Otro _____	

He participado en la elaboración de este plan:

<hr/> Firma del Consumidor*	<hr/> Fecha	<hr/> Si el consumidor es menor de 12 años de edad: Firma del responsable legal	<hr/> Fecha
<hr/> Firma del proveedor	<hr/> Fecha	<hr/> Firma autorizada (si fuera requerida)	<hr/> Fecha
<hr/> Firma del Comité de Aut.	<hr/> Fecha	Se ofreció una copia al consumidor/responsable legal	
<hr/> Firma del médico	<hr/> Fecha	<input type="checkbox"/> Se entregó una copia	
		<input type="checkbox"/> Se rechazó una copia (fecha _____)	

***Documentar el motivo de la falta de firma del consumidor en este Plan.**