

NOMBRE: _____
 HISTORIA CLÍNICA NRO.: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

Plan de Colaboración para el Bienestar – Servicios Psiquiátricos

Puntos fuertes del consumidor: _____

Meta del consumidor: Yo/mi hijo(a) colaboraré/á con mi/su prestador para **reducir/modificar** los siguientes **síntomas** relacionados con mis diagnósticos de salud mental/los diagnósticos de salud mental de mi hijo(a):

Frecuencia/intensidad actual del/de los siguiente(s) síntoma(s) específico(s):

Frecuencia/intensidad deseada del/de los síntoma(s) específico(s):

...A fin de que yo/mi hijo(a) pueda funcionar mejor en las siguientes áreas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> actividades de la vida cotidiana/cuidado personal | <input type="checkbox"/> vínculos familiares |
| <input type="checkbox"/> rendimiento en el trabajo/la escuela | <input type="checkbox"/> actividades de recreación/esparcimiento |
| <input type="checkbox"/> alimento/refugio | <input type="checkbox"/> relaciones sociales/con los pares |
| <input type="checkbox"/> salud física | <input type="checkbox"/> abuso de sustancias |

Estrategias del proveedor para lograr las metas anteriores (descripción específica/detallada de las intervenciones del proveedor):

Mi rol para lograr la recuperación (descripción específica/detallada del rol del consumidor):

La duración propuesta de este plan es: **6 meses** **un año**

Mi firma en este plan indica mi participación en la discusión acerca de su contenido.

 Firma del consumidor/responsable legal* Fecha

 Firma del Psiquiatra/Profesional en Enfermería Fecha

Si fuera firmado por un representante, por favor indicar el vínculo _____

El _____ se le ofreció al consumidor y: **recibió** **rechazó** una copia del Plan de tratamiento.
 Fecha

*Motivo por el que no se obtuvo la firma del consumidor: _____

 Firma del Comité de Autorización Fecha

Otras estrategias, objetivos y metas específicas:

El psiquiatra o NP actualizará todas las metas identificadas en las notas sobre la evolución.

Firma del consumidor/responsable legal * Fecha

Firma del Psiquiatra/Profesional en Enfermería Fecha

* *Motivo por el que no se obtuvo la firma del consumidor:* _____