

SUPLEMENTO DE PLAN DE SERVICIO CENTRADO EN LA PERSONA (PCSP) PARA EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR (IFSP)

III. PREFERENCIAS Y FORTALEZAS

- a. Apoyos e información médica
- b. Medicamentos
- c. Servicios de detección preventiva

VII. SERVICIOS AUTORIZADOS

- a. Servicios y apoyos pagados
- b. Apoyos no pagados

VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

IX. EVALUACIÓN DE RIESGOS

XI. PLAN DE ACCIÓN

XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL (Continuación):

Nombre/Dirección del proveedor	Número de teléfono	Especialidad del proveedor	Última visita	Próxima visita	¿Necesita transporte o atención por acompañante?

¿Usa la curación alternativa, tradicional u holística? Sí No

Notas:

Nombre del miembro: _____

Fec. de Nac.: _____

Núm. de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

PROVEEDOR ADICIONAL E INFORMACIÓN DE APOYO

REVISE LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y APOYO PARA LOS CAMBIOS:

¿Ha cambiado la información de proveedor y de apoyo desde la última reunión? Sí No

¿Tiene un proveedor?	Tipo de proveedor	Agencia Proveedora	Nombre del proveedor	Información de contacto
Sí N/A	Centro de vida asistida			
Sí N/A	Servicios de salud conductual			
Sí N/A	Representante de salud comunitaria			
Sí N/A	Programa/Atención médica para adultos diurna			
Sí N/A	Servicios de atención directa			
Sí N/A	Servicios alerta de emergencia			
Sí N/A	Habilitación			
Sí N/A	Hemodiálisis			
Sí N/A	Comidas entregadas a domicilio			
Sí N/A	Cuidados paliativos			
Sí N/A	Enfermería			
Sí N/A	Nutrición			
Sí N/A	Terapia ocupacional			
Sí N/A	Terapia física			
Sí N/A	Enfermera de salud pública			
Sí N/A	Relevo			
Sí N/A	Programas para personas mayores			
Sí N/A	Centro de enfermería de atención especializada			
Sí N/A	Terapia del habla			
Sí N/A	Rehabilitación vocacional			
Sí N/A	Programa de trabajo			
Sí N/A	Otro:			

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

MEDICAMENTOS

REVISE LOS MEDICAMENTOS PARA LOS CAMBIOS:

¿Ha cambiado la información acerca de los medicamentos desde la última reunión? Sí No

¿Tiene alguna alergia? _____

Enumere todos los medicamentos recetados/salud conductual/en el mostrador(OTC)/vitaminas/ suplementos actuales; use páginas adicionales según sea necesario:

Nombre del medicamento	Médico que receta	¿Para qué es el medicamento? <i>Para medicamentos de BH incluya el tipo de uso de drogas psicoactivas: antidepresivo, antipsicótico, ansiolítico, hipnótico, estabilizador del estado de ánimo</i>	Dosis / Frecuencia

¿Dónde se surten las recetas? _____

¿Está experimentando algún efecto secundario? Explique

¿Está tomando sus medicamentos según lo prescrito? Si no es así, ¿por qué? ¿Qué apoyo/asistencia le ayudaría a hacerlo?

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

Enumere todos los materiales médicos cubiertos:

Materiales médicos	¿Para qué se usan los materiales?	¿Con qué frecuencia se usan?

Altura (pulgadas): _____ Fecha estimada de registro: _____ No está disponible

Peso: _____ Fecha estimada de registro: _____ No está disponible

IMC (*miembros pediátricos*): _____

Documente la educación acerca del índice de masa corporal (IMC) para los miembros pediátricos (*si corresponde*):

SERVICIOS DE DETECCIÓN PREVENTIVA

¿Ha recibido alguno de los siguientes servicios preventivos en el último año?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista anual/de retina dilatada (DRE) Examen de presión arterial Examen de detección del cáncer Examen cervical Examen de detección de cáncer de colon Examen dental Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT consulte el calendario de exámenes periódicos) Examen de planificación familiar Examen de salud general | <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina a1C (HbA1c) Examen de audición Perfil de lípidos/Examen de colesterol Mamografía de exploración Examen de osteoporosis Examen de próstata Educación/Concientización/Protección de enfermedad de transmisión sexual (ETS) Otro: _____ Otro: _____ |
|---|--|

Notas:

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

Vacuna contra la gripe: No Sí Fecha: _____

Vacuna contra la neumonía: No Sí Fecha: _____

¿Ha pasado la noche como paciente en un hospital? Sí No

¿Ha ido a la sala de emergencias para recibir atención y no fue admitido en el hospital (incluso las 23 horas de observación)? Sí No

Si contestó "sí", describa la frecuencia y las circunstancias:

¿Tiene alguna cirugía/procedimiento programado para los próximos seis meses? Sí No

Si contestó "sí", describa:

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

VII. SERVICIOS AUTORIZADOS

APOYOS PAGADOS

La documentación deberá contener la confirmación de que todos los servicios se están recibiendo según lo programado y abordar cualquier interrupción en los servicios, si existen. Si se identifican interrupciones, el equipo debe desarrollar un plan para asegurar que se estén recibiendo los servicios autorizados. Documentar la satisfacción del miembro con los servicios y proveedores de atención a largo plazo.

Para las personas que viven en su propio hogar, asegúrese de que se hayan analizado todos los modelos de servicio usando el árbol de decisiones de las opciones de servicio para miembros de ALTCS.

Para los miembros que han elegido la opción Agency with Choice o servicios de ayuda a domicilio autodirigido, haga las siguientes preguntas para ayudar a evaluar si están cumpliendo o no con sus funciones y responsabilidades respectivas y/o si necesitan apoyo adicional, incluso servicios de capacitación para miembros que pueden autorizarse.

Notas adicionales de la conversación:

MODELO DE SERVICIO SELECCIONADO:

Tradicional Agency with Choice (Agencia con elección) Proveedor independiente (DDD)
 Servicios de ayuda a domicilio autodirigido Cuidado directo por parte del cónyuge N/A

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

SERVICIOS/APOYOS NO PAGADOS

La documentación reflejará los apoyos no pagados que ayudarán al miembro a alcanzar las metas y al proveedor de esos servicios y apoyos, incluso los apoyos naturales. Los apoyos naturales son apoyos no pagados que se brindan voluntariamente a la persona en lugar de los servicios de pago de ALTCS HCBS. Los apoyos informales/naturales deben indicarse en el Solicitud para Certificación inicial de HCBS (HNT), según corresponda.

¿Le están ayudando personas a las que no se les paga por hacerlo? ¿Está satisfecho con la manera en que lo están ayudando? ¿Siente que estos apoyos le ayudan a poder hacer más? ¿Salir a lugares? ¿Está usando actualmente recursos comunitarios? ¿Qué apoyo necesita de un apoyo natural para ayudarle a lograr sus metas personales?

Enumere los “apoyos naturales” no pagados que intervienen en la vida del miembro:

DOCUMENTE LOS RECURSOS COMUNITARIOS DE LOS QUE SE HABLÓ:

SERVICIOS DE ALTCS:

Servicio y proveedor	Frecuencia de servicio que ya está antes de esta evaluación	Frecuencia de servicio actualmente evaluada	Cambio de servicio	Fecha de empiezo / final	Miembro/ Tomador de decisiones acerca de la atención médica
			Ninguno Nuevo Aumento Reducción Terminar Suspender Retroactivo		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Nuevo Aumento Reducción Terminar Suspender Retroactivo		De acuerdo No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fec. de Nac.:

Núm. de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Servicio y proveedor	Frecuencia de servicio que ya está antes de esta evaluación	Frecuencia de servicio actualmente evaluada	Cambio de servicio	Fecha de empiezo / final	Miembro/ Tomador de decisiones acerca de la atención médica
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumento Terminar Retroactivo Nuevo Reducción Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Lo siguiente se usará para identificar los riesgos que comprometen el estado de salud general y la calidad de vida de la persona.

CADA PERSONA DEBE SER EVALUADA POR EL RIESGO.

- Indique lo siguiente, según corresponda, junto a cada riesgo identificado a continuación: **EM** (*Gestionado eficazmente*); **FA** (*Evaluación adicional*); **RR** (*Derechos restringidos*); **MRA** (*Acuerdo de gestión de riesgos*)
- Tome en cuenta los riesgos normales e inusuales para la persona en varias áreas de su vida.
- Cuando se identifican los riesgos, el equipo buscará los factores que conducen al riesgo.
- Entonces, el equipo desarrolla contramedidas e intervenciones para minimizar o prevenir el riesgo.

RIESGOS MÉDICOS Y DE SALUD

Aspiración y/o neumonía	_____	Alergias	_____
Deshidratación	_____	Dolor informado/no informado	_____
Asfixia	_____	Enfermedad informada/no informada	_____
Estreñimiento	_____	Rechazar atención médica	_____
Convulsión	_____	Embarazo	_____
Diabetes	_____	ESRD o en diálisis	_____
Dietético	_____	Hepatitis C	_____
Restricciones médicas	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Manejo de medicamentos inseguros	_____	_____	_____
Alimentación por sonda	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Movilidad	_____	_____	_____
Caídas	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Afecciones de salud graves o crónicas	_____	_____	_____
Agrietamiento de la piel	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Uso de oxígeno	_____	_____	_____
Depende del ventilador/traqueostomía	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Problemas del corazón; presión arterial alta o baja	_____	_____	_____

RIESGOS DE SEGURIDAD Y AUTOAYUDA

Acceso a cuerpos de agua	_____	Caídas	_____
Acceso medicamentos	_____	Seguridad y limpieza de la residencia	_____
Participación del tribunal*	_____	Seguridad de vehículo	_____
No puede o no evacua una casa o vehículo en caso de emergencia	_____	Temperatura del agua	_____
Explotación	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Seguridad química doméstica	_____	_____	_____
Falta de habilidades de seguridad contra incendios	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de juicio o dificultad para comprender las consecuencias	_____	_____	_____
Falta de supervisión	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Pérdida de la memoria	_____	_____	_____
Movilidad o ambulación	_____	_____	_____

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

RIESGOS DE SALUD MENTAL, CONDUCTUAL Y ESTILO DE VIDA

Participación del tribunal*	_____	Uso inseguro de materiales inflamables	_____
Pensamientos suicidas expresados	_____	Uso de objetos como armas	_____
Intento de suicidio	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conducta extrema de búsqueda de alimentos o líquidos	_____		
Daño a los animales	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conducta sexual ilegal o de alto riesgo	_____		
Conducta ilegal	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Invade el espacio personal	_____		
Aislamiento/Conducta de aislamiento	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Deambulación o Conducta de búsqueda de salida	_____		
Intervención de la policía anterior o posible	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Agresión física	_____		
Colocar o ingerir objetos no comestibles o PICA	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Fumar	_____	Servicio militar/Veterano	_____
Destrucción de propiedad	_____	Otros riesgos de la vida:	_____
Conductas autoabusivas	_____		
Abuso de sustancias: drogas, alcohol u otras	_____	Otros riesgos de la vida:	_____
Conducta sexual inapropiada	_____		
Uso inseguro de materiales inflamables	_____	Otros riesgos de la vida:	_____
Conducta sexual inapropiada	_____		

RIESGOS FINANCIEROS

Explotación o maltrato financiero	_____	Otro riesgo financiero:	_____
Falta de recursos individuales	_____		

* Puede incluir protecciones, restricciones y tratamientos ordenados por el tribunal

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) de un miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente al personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO (*Continuación*)

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) de un miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente al personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

Nombre del miembro:

Fec. de Nac.:

Núm. de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO (*Continuación*)

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) de un miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente al personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha identificado: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Enumere los factores que contribuyen al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

Nombre del miembro:

Fec. de Nac.:

Núm. de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

XI. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO

La documentación debe reflejar las personas responsables de monitorear el PCSP. Los elementos del plan de acción deben centrarse en pasos medibles que deberán tomarse para alcanzar los resultados deseados en la vida del miembro. Estos elementos pueden estar relacionados con las metas de un miembro u otras áreas que deben abordarse y seguirse.

Núm.	Acción para tomar	Persona responsable	Fecha límite (Objetivo)	Fecha de seguimiento	Fecha completado	Comentarios
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Nombre del miembro: _____ Fec. de Nac.: _____ Núm. de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

¿CON QUIÉN Y QUÉ PARTES DE SU PCSP LE GUSTARÍA COMPARTIR CON EL FIN DE PROMOVER LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN? (p.ej. Proveedores de servicios, Médico de atención primaria)

GERENTE DE CASO/COORDINADORES DE APOYO: Documentar cuándo se envió el PCSP al miembro, al representante individual y/o la persona responsable de tomar de decisiones acerca de la atención médica y a otras personas involucradas en el plan.

Yo, _____ por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de la siguiente información de mi PCSP o sección(es) de mi plan con las siguientes personas:

Nombre	Relación al miembro	Sólo la siguiente información puede ser dada a conocer bajo este consentimiento:	Fecha enviado
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan	Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan	Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan	Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan	Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan	Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Yo (o el tomador de decisiones acerca de la atención médica), _____, he recibido una copia del Manual para Miembros de Atención a Largo Plazo. Yo (o el tomador de decisiones acerca de la atención médica) he revisado los "Derechos y Responsabilidades de los Miembros" con el gerente de casos. El gerente de casos ha abordado todas las preguntas e inquietudes que yo (o mi designado) teníamos. Sí No

Firma del miembro/tomador de decisiones acerca de la atención médica: _____ Fecha: _____