

REQUISITOS DEL PLAN / PAQUETE DE APOYO CONDUCTUAL

Nombre del miembro: _____ Fecha: _____

	¿En el plan?			Página(s)
	Sí	No	N/A	
A. Hoja de contacto (DDD-1986A-S)				
B. Formulario de acuerdo de equipo (DDD-1987A-S)				
C. Situación actual (logros, arreglo de vivienda, salud básica, breve estado conductual) del diagnóstico de salud conductual/ DD				
D. Historial social y médico – Documentación de la existencia y/o historia de cualquier conducta interferente, incluso eventos de la vida notables (en orden cronológica)				
E. Propósito del plan/justificación				
F. Medicamentos psicotrópicos actuales				
G. Función de la conducta(s) en cuestión				
H. Antecedentes (condiciones presentes antes de la conducta en cuestión)				
I. Precusores (conductas que pueden ocurrir antes de la conducta en cuestión)				
J. Respuesta a la(s) conducta(s) en cuestión				
K. Declaración de la conducta alternativa o sustitutiva (incremento)				
L. Metodología				
M. Restricciones de derechos				
N. Otra(s) conducta(s) interferente(s) (enumere otras conductas que no están actualmente registrados, estrategias reactivas para cada uno de ellos)				
O. Requisitos de capacitación y seguimiento				
P. Datos de las conductas en cuestión (incluya los 12 meses anteriores)				
Q. Datos de la conducta alternativa o sustitutiva (incluya los 12 meses anteriores)				
R. Protocolo del Plan en caso de emergencias o crisis (puede ser un documento separado)				
S. Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP, por sus siglas en inglés) más reciente (adjuntar al paquete)				
T. Revisión de la medicación más reciente (adjuntar al paquete)				
U. Para las restricciones en la dieta, los dispositivos de protección y otras restricciones que son médicamente necesarias o para garantizar la salud y la seguridad, tiene que incluir la receta actual de un proveedor médico o de salud conductual (adjuntar al paquete)				