

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY****División de Discapacidades del Desarrollo****ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN  
INTEGRAL DE RIESGOS  
Servicios y/o Colocación****INSTRUCCIONES**

**El Coordinador de Apoyo o la Enfermera del Distrito discutirán y completarán todas las secciones aplicables de este formulario con el miembro o la persona responsable del miembro cuando se identifique una de las siguientes condiciones. El Coordinador de Apoyo adjuntará el formulario completo al Plan de Servicio Centrado en la persona o al Plan de Servicio Familiar Individualizado del miembro. Si la Enfermera del Distrito completó el formulario, enviará el formulario por correo electrónico al Coordinador de Apoyo para que lo adjunte. Quien complete este formulario de Acuerdo de Administración Integral de Riesgos deberá completar la sección Acuerdo de Administración Integral de Riesgos en "Focus" a partir de la información documentada.**

**Vea la página 12 para las  
declaraciones de EOE/ADA**

## SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

**Nombre del Miembro (*apellido, nombre, inicial*):**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Coordinador de Apoyo:**

---

## SECCIÓN II. EVALUACIÓN INICIAL

***Seleccione la(s) condición(es) para las que se necesita un Acuerdo de Administración Integral de Riesgos.***

**El miembro o la persona responsable rechaza un servicio ofrecido (todo o en parte) o una alternativa a un servicio ofrecido. Enumere el(los) servicio(s):**

**El miembro o la persona responsable rechaza todas las opciones de ubicación ofrecidas.**

**Las elecciones o decisiones del miembro o de la persona responsable afectan el acceso del miembro a los servicios disponibles, la ubicación o los cuidadores.**

**¿La elección o decisión se relacionó con no aceptar una llamada del proveedor cuando el proveedor ha confirmado su capacidad para satisfacer las necesidades del miembro como se describe en la llamada de proveedor?**

**Sí      No**

**En caso afirmativo, número de llamada de proveedor: \_\_\_\_\_**

**Servicio: \_\_\_\_\_**

**Una persona que no es miembro de la DDD, exhibe un comportamiento que pone en riesgo la capacidad de brindar servicios al miembro.**

**Una enfermera del distrito evaluó que un miembro que vivía en su hogar necesitaba servicios de enfermería y el miembro o la persona responsable rechazó (total o parcialmente) la cantidad ofrecida de horas de servicio de enfermería especializada.**

**Proporcione una descripción detallada de la condición o situación que requiere un Acuerdo de Administración Integral de Riesgos.**

**Indique cualquier opción de servicio alternativo o de colocación ofrecida. También indique las preferencias del miembro o de la persona responsable con respecto a las opciones ofrecidas. (*Si corresponde.*)**

**Describa el riesgo relacionado con la decisión del miembro o de la persona responsable al rechazar un servicio o la colocación evaluado médicamente necesario.**

**Describa los planes que tiene el miembro o persona responsable para tratar el riesgo identificado.**

---

**La firma indica que reconoce que la información anterior ha sido compartida con el miembro o persona responsable. El miembro o la persona responsable ha hecho los arreglos que ellos consideran adecuados para proteger la salud y la seguridad del miembro. El acuerdo llenado se mantendrá en el archivo del caso. Si un miembro o la persona responsable de un miembro rehúsan firmar el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos, el Coordinador de Apoyo documentará "Rehúso firmar".**

**Firma del miembro o persona responsable:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que completo el formulario: *(Coordinador de Apoyo o Enfermera del distrito)***

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

***Copia: Miembro o persona responsable  
Archivo del miembro***

## **SECCION III. REEVALUACIONES**

***La persona que inició el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos deberá realizar una reevaluación de la condición/situación en futuras Reuniones de Planificación siempre que el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos permanezca en vigor.***

### **Reevaluación #1**

**Fecha de la reevaluación: \_\_\_\_\_**

**¿Ha habido algún cambio en la condición o situación, incluidos los riesgos identificados, que requirieron el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

**En caso afirmativo, documente los cambios en la condición/situación, las elecciones o decisiones del miembro o la persona responsable del miembro, y/o los riesgos y planes identificados para disminuir los riesgos.**

**¿Sigue siendo necesario y está en vigor el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

---

**La firma indica que reconoce que la información anterior ha sido compartida con el miembro o persona responsable. El miembro o la persona responsable ha hecho los arreglos que ellos consideran adecuados para proteger la salud y la seguridad del miembro. El acuerdo llenado se mantendrá en el archivo del caso. Si un miembro o la persona responsable de un miembro rehúsan firmar el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos, el Coordinador de Apoyo documentará "Rehúso firmar".**

**Firma del miembro o persona responsable:**

---

**Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma de la persona que completo el formulario: *(Coordinador de Apoyo o Enfermera del distrito)***

---

**Fecha: \_\_\_\_\_**

***Copia: Miembro o persona responsable  
Archivo del miembro***

## **Reevaluación #2**

**Fecha de la reevaluación:** \_\_\_\_\_

**¿Ha habido algún cambio en la condición o situación, incluidos los riesgos identificados, que requirieron el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

**En caso afirmativo, documente los cambios en la condición/situación, las elecciones o decisiones del miembro o la persona responsable del miembro, y/o los riesgos y planes identificados para disminuir los riesgos.**

**¿Sigue siendo necesario y está en vigor el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

---

**La firma indica que reconoce que la información anterior ha sido compartida con el miembro o persona responsable. El miembro o la persona responsable ha hecho**

**los arreglos que ellos consideran adecuados para proteger la salud y la seguridad del miembro. El acuerdo llenado se mantendrá en el archivo del caso. Si un miembro o la persona responsable de un miembro rehúsan firmar el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos, el Coordinador de Apoyo documentará "Rehúso firmar".**

**Firma del miembro o persona responsable:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que completo el formulario: (*Coordinador de Apoyo o Enfermera del distrito*)**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

***Copia: Miembro o persona responsable  
Archivo del miembro***

---

**Reevaluación #3**

**Fecha de la reevaluación:** \_\_\_\_\_

**¿Ha habido algún cambio en la condición o situación, incluidos los riesgos identificados, que requirieron el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

**En caso afirmativo, documente los cambios en la condición/situación, las elecciones o decisiones del miembro o la persona responsable del miembro, y/o los riesgos y planes identificados para disminuir los riesgos.**

**¿Sigue siendo necesario y está en vigor el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos?      Sí      No**

---

**La firma indica que reconoce que la información anterior ha sido compartida con el miembro o persona responsable. El miembro o la persona responsable ha hecho los arreglos que ellos consideran adecuados para proteger la salud y la seguridad del miembro. El acuerdo llenado se mantendrá en el archivo del caso. Si un miembro o la persona responsable de un miembro rehúsan firmar el Acuerdo de Administración Integral de Riesgos, el Coordinador de Apoyo documentará "Rehúso firmar".**

**Firma del miembro o persona responsable:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que completo el formulario: (*Coordinador de Apoyo o Enfermera del distrito*)**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

***Copia: Miembro o persona responsable  
Archivo del miembro***

---

**Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office**