

## PLAN DE SERVICIOS CENTRADO EN LA PERSONA DE LA DDD

- I. INFORMACIÓN DE LA REUNIÓN
- II. PERFIL DEL MIEMBRO
- III. PREFERENCIAS Y FORTALEZAS
  - a. Apoyos médicos e información
  - b. Medicamentos
  - c. Servicios de detección preventiva
- IV. ENTORNO INDIVIDUAL
- V. METAS Y RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS
- VI. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- VII. SERVICIOS AUTORIZADOS
  - a. Servicios y apoyos pagados
  - b. Apoyos no pagados
- VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
- IX. EVALUACIÓN DE RIESGOS
- X. MODIFICACIONES AL PLAN POR MEDIO DE LA RESTRICCIÓN DE LOS DERECHOS DEL MIEMBRO
- XI. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO
- XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO
- XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN

### **DOCUMENTOS SUPLEMENTARIOS (*Conversar sobre ello/Llenarlo según corresponda*):**

Directivas anticipadas

Directivas anticipadas para las mascotas

Acuerdo de residencia del centro de vivienda asistida

Revisiones trimestrales de la salud conductual

Herramienta del intermediario comunitario para la evaluación de miembros

Formulario de reconocimiento del servicio de atención directa

Plan de emergencia en caso de catástrofes

Plan de tratamiento para la atención al final de la vida

Herramienta de necesidades de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)

Acuerdo de los riesgos calculados

Plan de contingencia/respaldo para el miembro

Formularios del personal de cuidados autodirigidos a domicilio

Formulario de reconocimiento del cónyuge

Herramienta de evaluación uniforme (UAT, por sus siglas en inglés)

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## I. INFORMACIÓN DE LA REUNIÓN

Fecha de revisión del plan: \_\_\_\_\_

### Doy mi consentimiento para que las siguientes personas sean invitadas a la reunión de planificación/participen en el desarrollo de mi plan:

NOMBRE	ASISTIRÁ A LA REUNIÓN	APORTÓ <i>(p.ej. por teléfono, correo electrónico)</i>
	Sí    No	
	Sí    No	
	Sí    No	

#### Preferencias de comunicación:

Preferencia de contacto (*teléfono, correo postal, correo electrónico, otro*): \_\_\_\_\_

Mejor hora para ser contactado: \_\_\_\_\_

Lenguaje hablado: \_\_\_\_\_ Lenguaje escrito: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?    Sí    No

Lugar de la reunión: \_\_\_\_\_

¿Se le pidió al miembro/Persona que toma las decisiones acerca de la atención médica (HCDM, por sus siglas en inglés) que decidiera cuándo y dónde se llevaría a cabo la reunión?    Sí    No    N/A

¿El miembro/HCDM consideró lugares de reunión fuera del hogar?    Sí    No    N/A

Si la respuesta es "no" o N/A, explique el por qué: \_\_\_\_\_

¿En dónde se llevó a cabo la reunión anterior? \_\_\_\_\_

Escriba cualquier cambio en la información de contacto del miembro: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MIEMBRO/PERSONA RESPONSABLE (*Si corresponde o si la información ha cambiado*):

Persona responsable de tomar decisiones acerca de la atención médica (HCDM, por sus siglas en inglés) (*si corresponde*): \_\_\_\_\_Representante designado (DR) (*si corresponde*): \_\_\_\_\_Poder notarial (*si corresponde*): \_\_\_\_\_Fiduciario público (*si corresponde*): \_\_\_\_\_Nombre del beneficiario de Seguro Social (*si corresponde*): \_\_\_\_\_Representante de asistencia especial de trastorno mental grave (SMI) (*si corresponde*): \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

Notas de la reunión o consideraciones especiales:

## II. PERFIL DEL MIEMBRO

Documente breves antecedentes de las experiencias que el miembro ha vivido (*p.ej., lugar de nacimiento, antecedentes del desarrollo, educativos y de empleo, participación del sistema judicial, situaciones de viviendas anteriores*):

¿Ha servido en el ejército?    Sí    No

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

---

¿Cómo van las cosas (*desde la última vez que hablamos/última evaluación*)? ¿Cómo es un día típico o una semana típica? ¿Cuál es la mejor parte de su día? ¿Cuál es la parte más difícil de su día? ¿Qué puede hacer para que su día/semana vaya realmente bien? ¿Qué puede hacer para que su día/semana sea realmente desafiante?

¿Qué me puede decir de sus antecedentes médicos (*diagnósticos médicos, cirugías, tratamientos/enfermedades significativas, incluya las fechas, si es posible*)?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios importantes en su vida recientemente *(desde la última vez que hablamos/última evaluación)*?

¿Qué entiende usted acerca de su salud física y/o conductual de lo que le ha dicho su médico o proveedores de servicios?

¿Existe un área con respecto a su salud física o conductual o servicios y apoyos relacionados con su salud en la que quiera trabajar para mejorar?    Sí    No *(Si su respuesta es "sí" anótelo en la sección de metas según corresponda)*

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

### III. PREFERENCIAS Y FORTALEZAS

La documentación incluirá aspectos clave de las rutinas diarias y los rituales centrados en las fortalezas e intereses del miembro, describirá la reacción del miembro a varios estilos de comunicación e identificará las cosas favoritas que al miembro le gusta hacer y vivir durante el día, así como las experiencias que contribuyen a que tenga un mal día.

**Para las personas que no pueden expresar sus preferencias, pueden hacerle las preguntas acerca de lo siguiente a familiares, amigos u otros que conozcan al miembro para ayudar a informar el desarrollo de metas personales y/o actividades significativas del día.**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

---

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Apoyos médicos e información**

La siguiente información puede llenarse antes de la reunión, por teléfono o en la reunión, basado en las preferencias del miembro o la familia. En la reunión de planificación, se le harán preguntas acerca de qué apoyos y servicios podrían ayudarlo a usted (o a su familiar). Para el propósito de este documento, el apoyo médico incluye: Seguro médico; proveedores; medicamentos; visión/audición/habla; equipos y/o materiales médicos/adaptativos.

**REVISE LOS APOYOS MÉDICOS Y LA INFORMACIÓN POR SI EXISTEN CAMBIOS:**

¿Ha cambiado la información acerca de su Medicare u otro seguro médico desde la última reunión?      Sí      No

**MEDICARE U OTRO SEGURO MÉDICO**

MEDICARE U OTRO SEGURO MÉDICO	NÚMERO DE MEDICARE O NÚMERO DE PÓLIZA	PARTE A DE MEDICARE	PARTE B DE MEDICARE	PARTE C DE MEDICARE	PARTE D DE MEDICARE – NOMBRE DEL PLAN	NOMBRE DEL ASEGURADO <i>(Si el miembro no es el titular principal del seguro)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO

¿Ha cambiado la información de su proveedor médico, dental o de salud conductual desde la última reunión?      Sí      No

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL**

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR	ÚLTIMA VISITA	PRÓXIMA VISITA	¿NECESITA TRANSPORTE O ATENCIÓN DE UN ACOMPAÑANTE?

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

**RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN (Incluya los días efectivos de cualquier cambio a la cobertura o proveedores de seguro):**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

### Proveedor adicional e información de apoyo

#### REVISE LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y DEL APOYO POR SI EXISTEN CAMBIOS:

¿Ha cambiado su 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 vivienda asistida			
Sí    N/A	Servicios de salud conductual			
Sí    N/A	Representante de salud comunitaria			
Sí    N/A	Programa diurno/Atención médica diurna para adultos			
Sí    N/A	Servicios de atención directa*			
Sí    N/A	Servicios de alerta en caso de emergencia			
Sí    N/A	Habilitación			
Sí    N/A	Habilitación residencial (Hogares de acogida (GH), Programa de Desarrollo de Adultos en el Hogar (ADH), Programa de Desarrollo de Menores en el Hogar (CDH)			
Sí    N/A	Hemodiálisis			
Sí    N/A	Comidas entregadas a domicilio			
Sí    N/A	Cuidados paliativos/de hospicio			

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

¿TIENE UN PROVEEDOR?		TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA	NOMBRE DEL PROVEEDOR	INFORMACIÓN DE CONTACTO
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 de la tercera edad			
Sí	N/A	Centro de enfermería especializada/Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID)			
Sí	N/A	Terapia del habla			
Sí	N/A	Rehabilitación vocacional			
Sí	N/A	Programa de empleo			
Sí	N/A	Otro:			

\*Cuidado directo, cuidado personal, trabajo doméstico

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

**REVISE LOS MEDICAMENTOS POR SI EXISTEN CAMBIOS:**

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

¿Tiene alguna alergia (a medicamentos, alimentos, estacional)?    Sí    No    *Si su respuesta es sí, dé detalles:*

Escriba todos los medicamentos recetados actualmente (*para la salud física/conductual/ Centro de Tratamiento Ambulatorio/vitaminas/suplementos de venta libre*). Use páginas adicionales según sea necesario:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS / FRECUENCIA	¿POR QUÉ ESTÁ TOMANDO ESTE MEDICAMENTO? <i>(Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</i>	¿EL MEDICAMENTO ES EFECTIVO? (SÍ/NO) <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i>	¿TIENE EFECTOS SECUNDARIOS? (SÍ/NO) <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i>	MÉDICO PRESCRIPTOR

¿Dónde surte sus recetas médicas? \_\_\_\_\_

¿Se está tomando sus medicamentos como se los recetaron? Si no es así, ¿por qué? ¿Qué apoyo/asistencia le ayudaría a hacerlo?



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en sus materiales médicos desde la última reunión?    Sí    No

Escriba 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

Índice de masa corporal (IMC) (*miembros pediátricos*): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**SERVICIOS DE DETECCIÓN PREVENTIVA**

¿Se ha realizado alguno de los siguientes servicios preventivos en el último año?

- 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
- Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) (*consulte el calendario de exámenes periódicos*)
- Examen de planificación familiar
- Examen de salud general

- Hemoglobina a1C (HbA1c)
- Examen de audición
- Perfil de lípidos/Examen de colesterol
- Mamografía de exploración
- Examen de osteoporosis
- Examen de la próstata
- Educación/Concientización/Protección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Otro: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la gripe: No Sí Fecha: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía: No Sí Fecha: \_\_\_\_\_

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

¿Ha ido a la sala de urgencias para recibir atención y no fue ingresado al hospital (incluidas las 23 horas de observación)? Sí No *Si su respuesta es "sí", describa la frecuencia y las circunstancias:*

¿Tiene alguna cirugía o algún procedimiento programado en los próximos seis meses? Sí No  
*Si su respuesta es "sí", dé detalles:*

Si es un menor, ¿cuándo fue la última consulta de bienestar infantil (consulta EPSDT)? \_\_\_\_\_

¿Lo han evaluado a usted (el miembro) por la necesidad de recibir una determinación de elegibilidad de un trastorno mental grave (SMI)? Sí No N/A *(para miembros ya designados con un trastorno mental grave (SMI) o para quienes el miembro/HCDM ha rechazado la opción de designación de SMI)*

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Si se determina que padece un trastorno mental grave, ¿el miembro ha sido evaluado/remitido a la ayuda especial de la Oficina de Derechos Humanos (OHR, por sus siglas en inglés)? Sí No *Si su respuesta es "no", explique el por qué:*

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## IV. ENTORNO INDIVIDUAL

El entorno en el que el miembro reside o recibe servicios es el entorno más integrado y menos restrictivo y le permite al miembro tener acceso total a los beneficios de la vida en comunidad. La documentación deberá reflejar el entorno elegido por la persona, brinda apoyo al miembro para integrarse en su comunidad de elección según lo definido por sus intereses, preferencias, habilidades y riesgos de salud y seguridad.

### Vida en el hogar

Consideraciones: Las preguntas deben modificarse de manera adecuada para garantizar que sean correspondientes a la edad y a los tipos de entornos institucionales. Por ejemplo, las preguntas relacionadas con salir del hogar pueden no corresponderle a un miembro que vive en un centro de atención especializada, pero otras preguntas que si corresponden a estos entornos son las que están relacionadas con los visitantes, la selección del personal para brindar asistencia y actividades.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL COORDINADOR DE APOYO:**

Si las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores son 'negativas' como resultado de un riesgo para la salud y la seguridad, con la excepción de preguntas que no son adecuadas para la edad o el entorno (es decir, el entorno institucional), debe completarse un plan de modificación de riesgos (*consulte la sección titulada 'Modificaciones al plan mediante la restricción de los derechos del miembro'*). Si las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores son "negativas" y no existen riesgos para la salud o la seguridad que impidan que el miembro ejerza el derecho, hable con el miembro acerca del establecimiento de metas.

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN DE VIVIENDA:**

Vive solo/a

Vive con familia/otras personas

Centro de enfermería especializada (NF, por sus siglas en inglés)

Entorno alternativo de servicios basados en el hogar y la comunidad

Centro o unidad de salud conductual (BHF, por sus siglas en inglés)

Entorno no certificado

Otro \_\_\_\_\_

Describa las condiciones de vida/entorno actuales:

Documente los entornos alternativos de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) que fueron considerados por o se le ofrecieron al miembro, incluida la información que ayudó a informar las opciones seleccionadas y las decisiones que el miembro tomó (*p.ej. preferencias, necesidades, visitas a otros entornos, etc.*):

**SI EL MIEMBRO EXPRESA QUE NO ESTÁ SATISFECHO CON LA SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL O DESEA EXPLORAR OTRAS OPCIONES:**

¿Tiene sugerencias acerca de lo que podríamos trabajar para mejorar su situación de vivienda?

Sí No (*Si su respuesta es "sí", anótelo en la sección de metas según corresponda*)

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

### **Vida diaria (Programas/Empleo/Educación)**

**Consideraciones:** Las preguntas deben modificarse de manera adecuada para garantizar que correspondan a la edad y a los tipos de entornos institucionales. Por ejemplo, las preguntas relacionadas al programa puede que no les correspondan al miembro que vive en un centro de enfermería especializada, pero otras preguntas que sí les corresponden a estos entornos son las que están relacionadas con un día significativo, incluso la decisión de qué hacer todos los días, el aprendizaje de nuevas habilidades y actividades.

**PARA MIEMBROS EN UN PROGRAMA DIURNO, DE SALUD DIURNO PARA ADULTOS O DE EMPLEO**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL COORDINADOR DE APOYO:**

Si las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores son 'negativas' como resultado de un riesgo para la salud y la seguridad, con la excepción de preguntas que no son adecuadas para la edad o el entorno (*es decir, el entorno institucional*), debe completarse un plan de modificación de riesgos (*consulte la sección titulada 'Modificaciones al plan mediante la restricción de los derechos del miembro'*). Si las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores son "negativas" y no existen riesgos para la salud o la seguridad que impidan que el miembro ejerza el derecho, hable con el miembro acerca del establecimiento de metas.

**Documente los entornos de programas alternativos que fueron considerados por o se le ofrecieron al miembro, incluida la información que ayudó a informar las opciones seleccionadas y las decisiones tomadas por el miembro (p.ej. preferencias, necesidades, visitas a otros entornos, etc.):**

**SI EL MIEMBRO EXPRESA NO ESTAR SATISFECHO CON EL PROGRAMA O DESEA EXPLORAR OTRAS OPCIONES:**

¿Tiene sugerencias sobre qué es en lo que podríamos trabajar para mejorar su programa (p.ej. programa de día/empleo/educativo)?      Sí (*Si su respuesta es "sí", anótelo en la sección de metas según corresponda*)      No

¿El miembro necesita ayuda con vivienda, empleo y/o educación basados en la comunidad (p.ej. Vales de elección de vivienda [anteriormente llamado Sección 8 de HUD]; ayuda para pagar servicios públicos; Rehabilitación vocacional; Administración del Seguro Social (SSA); Freedom to Work de AHCCCS)?      Sí      No

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**V. METAS Y RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS**

**Consideraciones:** *¿Qué quiere empezar a aprender o hacer ahora? ¿Qué es algo que le interese y en lo que le podamos ayudar a hacer? ¿Puede ser tan independiente en su cuidado personal y/o su cuidado de salud como le gustaría ser? ¿Qué le podría ayudar para llegar a sus metas?*

**EN QUÉ ÁREA DE SU VIDA LE GUSTARÍA QUE EL EQUIPO LO APOYARA:**

*(Los objetivos se enumeran por orden de prioridad. Use las páginas adicionales según sea necesario y enumere cada objetivo como corresponda)*

Salud      Vida en el hogar      Vida diaria

**META 1:**

**RESULTADO:**

*¿Dónde están ahora (en el momento de este plan, incluido cualquier obstáculo que impacte/prevenga que el miembro complete o logre su meta)?*

*¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro para que logre/llegue a su meta, incluido volver a evaluar las metas, intervenciones estratégicas para el éxito de las metas, etc.? El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas.*

- A.
- B.
- C.

**QUIÉN HARÁ:**

**¿CUÁNDO?**

- A.
- B.
- C.

**PROGRESO EN LAS METAS**

*(Incluya la actualización del progreso de todos los miembros del equipo de planificación y acciones)*

--	--

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**V. METAS Y RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS (Continuación)**

¿Hay alguna otra área de su vida en la que le gustaría trabajar?    Salud    Vida en el hogar    Vida diaria

<b>META 2:</b>	
<b>RESULTADO:</b>	
¿Dónde están ahora <i>(en el momento de este plan, incluido cualquier obstáculo que impacte/prevenga que el miembro complete o logre su meta)</i> ?	
¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro para que logre/llegue a su meta, incluido volver a evaluar las metas, intervenciones estratégicas para el éxito de las metas, etc.? <i>El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas.</i>	
A.	
B.	
C.	
<b>QUIÉN HARÁ:</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>
A.	
B.	
C.	
<b>PROGRESO EN LAS METAS</b>	
<i>(Incluya la actualización del progreso de todos los miembros del equipo de planificación y acciones)</i>	

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**V. METAS Y RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS (Continuación)**

¿Hay alguna otra área de su vida en la que le gustaría trabajar?    Salud    Vida en el hogar    Vida diaria

<b>META 3:</b>	
<b>RESULTADO:</b>	
¿Dónde están ahora <i>(en el momento de este plan, incluido cualquier obstáculo que impacte/prevenga que el miembro complete o logre su meta)</i> ?	
¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro para que logre/llegue a su meta, incluido volver a evaluar las metas, intervenciones estratégicas para el éxito de las metas, etc.? <i>El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas.</i>	
A.	
B.	
C.	
<b>QUIÉN HARÁ:</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>
A.	
B.	
C.	
<b>PROGRESO EN LAS METAS</b> <i>(Incluya la actualización del progreso de todos los miembros del equipo de planificación y acciones)</i>	

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**V. METAS Y RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS (Continuación)**

¿Hay alguna otra área de su vida en la que le gustaría trabajar?    Salud    Vida en el hogar    Vida diaria

<b>META 4:</b>	
<b>RESULTADO:</b>	
¿Dónde están ahora <i>(en el momento de este plan, incluido cualquier obstáculo que impacte/prevenga que el miembro complete o logre su meta)</i> ?	
¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro para que logre/llegue a su meta, incluido volver a evaluar las metas, intervenciones estratégicas para el éxito de las metas, etc.? <i>El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas.</i>	
A.	
B.	
C.	
<b>QUIÉN HARÁ:</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>
A.	
B.	
C.	
<b>PROGRESO EN LAS METAS</b>	
<i>(Incluya la actualización del progreso de todos los miembros del equipo de planificación y acciones)</i>	

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

### VI. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

<b>MOVILIDAD</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>TRASLADARSE</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>BAÑARSE</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>VESTIRSE</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>HIGIENE PERSONAL</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>ALIMENTACIÓN</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>ASEO PERSONAL</b>	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
<b>CONTINENCIA URINARIA</b>	No	Parcial	Sí	
<b>CONTINENCIA INTESTINAL</b>	No	Parcial	Sí	
<b>CONDUCTAS</b>	No	Sí	<b>Tipo/frecuencia (incluidas las intervenciones):</b>	

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**VII. SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Servicios/Apoyos pagados**

La documentación deberá contener la confirmación de que todos los servicios se están recibiendo como se programaron y abordar cualquier interrupción en los servicios, si es que 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 de la agencia Agency with Choice o de servicios de cuidados autodirigidos a domicilio, haga las siguientes preguntas para ayudar a evaluar si están cumpliendo o no con sus respectivas funciones y responsabilidades y/o si necesitan apoyo adicional, incluidos los servicios de capacitación para miembros que puedan autorizarse.**

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

**Modelo de servicio seleccionado**

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

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Servicios/Apoyos no pagados**

La documentación reflejará los apoyos no pagados que ayudarán al miembro a lograr sus metas y al proveedor de esos servicios y apoyos, incluidos los apoyos naturales. Los apoyos naturales son apoyos no pagados que se brindan voluntariamente a la persona en lugar de los servicios pagados de ALTCS HCBS. Los apoyos informales/naturales deben indicarse en el Solicitud para la Certificación inicial de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), según corresponda.

¿A usted le ayudan 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 recursos comunitarios actualmente? ¿Qué tipo de apoyo necesita de un apoyo natural para que le ayude a lograr sus metas personales?

**ESCRIBA 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 DEL SERVICIO QUE YA RECIBÍA ANTES DE ESTA EVALUACIÓN	FRECUENCIA DEL SERVICIO ACTUALMENTE EVALUADO	CAMBIO DE SERVICIO		FECHA DE COMIENZO/ FINAL	MIEMBRO/ HCDM
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # 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 RIESGOS.**

- Indique lo siguiente, según corresponda, junto a cada riesgo identificado a continuación: **EM** (Gestionado eficazmente); **FA** (Evaluación adicional); **RR** (Derechos restringidos); **MRA** (Acuerdo de riesgos calculados).
- 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 contraataques e intervenciones para minimizar o prevenir el riesgo.

#### Riesgos médicos y de salud

Alergias	_____	Enfermedad informada/no informada	_____
Aspiración y/o neumonía	_____	Dolor informado/no informado	_____
Asfixia	_____	Control de medicamentos inseguros	_____
Estreñimiento	_____	Dependiente del ventilador/traqueostomía	_____
Deshidratación	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Diabetes	_____		
Dietético	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Enfermedad renal en etapa terminal (ERT)	_____		
Alimentación por sonda	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Problemas del corazón; presión arterial alta o baja	_____		
Hepatitis C	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Restricciones médicas	_____		
Uso de oxígeno	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Embarazo	_____		
Rehusarse a recibir atención médica	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Convulsiones	_____		
Padecimientos de salud graves o crónicos	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Agrietamiento de la piel	_____		

#### Riesgos de seguridad y autoayuda

Acceso a cuerpos de agua	_____	Movilidad o deambular	_____
Acceso a medicamentos	_____	Seguridad y limpieza de la residencia	_____
Involucración del tribunal*	_____	Seguridad en el vehículo	_____
No puede evacuar o no evacua una casa o vehículo en caso de una emergencia	_____	Temperatura del agua	_____
Explotación	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Caídas	_____		
Seguridad con químicos domésticos	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de habilidades de seguridad en caso de un incendio	_____		
Falta de juicio o dificultad para entender las consecuencias	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de supervisión	_____		
Pérdida de la memoria	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida**

Intento de suicidio	_____	Abuso de sustancias: drogas, alcohol u otro	_____
Involucración del tribunal*	_____	Enfermedad/lesión traumática	_____
Expresa pensamientos suicidas	_____	Uso peligroso de materiales inflamables	_____
Conducta extrema de búsqueda de alimentos o líquidos	_____	Uso de objetos como armas	_____
Daño a los animales	_____	Comportamiento de ambular o buscar salidas	_____
Conducta sexual ilegal o de alto riesgo	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conducta ilegal	_____	_____	_____
Comportamiento sexual inapropiado	_____	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:	_____
Enfermedad o lesión por ser veterano o por el servicio en el ejercito	_____	_____	_____
Otros riesgos de salud mental, conductual o de estilo de vida: ( <i>¿Pérdida de una persona querida, sentirse triste, enojado, o "No sentirse como usted mismo"?</i> )	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Intervención de la policía pasada o posible	_____	_____	_____
Agresión física	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Colocar o ingerir objetos no comestibles o PICA	_____	_____	_____
Destrucción de propiedad	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conductas auto abusivas	_____	_____	_____
Fumar cigarrillos de tabaco o eléctricos	_____	_____	_____

**Riesgos financieros**

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

\* Puede incluir protecciones, restricciones y tratamientos ordenados por el juez

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # 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) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. 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 para el 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 cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/ Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/ Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # 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) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. 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 para el 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 cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/ Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/ Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # 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) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. 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 para el 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 cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## X. MODIFICACIONES AL PLAN MEDIANTE LA RESTRICCIÓN DE LOS DERECHOS DEL MIEMBRO

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos de un miembro. Las decisiones con respecto a la modificación necesaria de las condiciones relacionadas con el hogar y los entornos comunitarios deben tomarse con el miembro/HCDM antes de implementarse. La modificación hecha a este plan por el equipo de planificación no puede hacerse sin la participación del miembro/HCDM.

Describa la modificación del plan que restringe los derechos del miembro:

Identifique la necesidad específica e individualizada que se ha identificado por medio de las evaluaciones de necesidad funcional (*herramienta de evaluación uniforme (UAT)*), *herramienta de necesidades de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)*, *herramienta de evaluación de riesgos*:

Documente las intervenciones y apoyos positivos usados antes de cualquier modificación al plan de servicios centrado en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés):

Documente métodos menos intrusivos para satisfacer la necesidad que se han probado pero que no funcionaron:

Incluya una descripción clara de la condición que sea directamente proporcional a la necesidad específica evaluada:

Incluya un plazo para la recopilación y revisión periódica de datos para medir la efectividad continua de la modificación:

Incluya los límites de tiempo establecidos para las revisiones periódicas para determinar si la modificación aún es necesaria o puede finalizarse:

Describa la certeza de que las intervenciones y los apoyos no causarán daño a la persona:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

**XI. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO**

La documentación debe reflejar las personas responsables de monitorear el plan de servicios centrado en la persona. Los elementos del plan de acción deben centrarse en pasos que se puedan medir y que se deberán tomar 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 QUE SE DEBE TOMAR	PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

**XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La documentación debe demostrar que el plan de servicio centrado en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés) ha sido finalizado y aceptado, con el consentimiento informado de la persona presentado por escrito y firmado por todas las personas y proveedores responsables de su implementación. Una firma electrónica en lugar de una firma a puño y letra es un método aceptable para obtener el consentimiento y/o reconocimiento. Mis proveedores deben recibir una copia de las porciones del PCSP que expliquen cómo quiero recibir mis servicios y cualquier restricción que se haya acordado con el equipo del PCSP.

El coordinador de apoyo ha revisado mi PCSP conmigo. Sé qué servicios recibiré y con qué frecuencia. Se me explicaron todos los cambios en los servicios que yo recibía. He indicado mi acuerdo y/o desacuerdo con cada servicio autorizado en este plan. Yo sé que cualquier reducción, terminación o suspensión (suspender los servicios por un plazo determinado de tiempo) de mis servicios actuales comenzará no antes de 10 días de la fecha de este plan. Estoy consciente que puedo solicitar que esto empiece antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, lo he indicado en este plan. Yo sé que el coordinador de apoyo me enviará una carta que me explicará la razón por la cual los servicios que pedí se denegaron, redujeron, suspendieron o terminaron. Aquella carta me dirá cómo apelar la decisión que se ha tomado acerca de mis servicios. La carta también me explicará cómo puedo recibir servicios continuos.

Mi coordinador de apoyo de la DDD me ha dicho cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar los cambios de servicio con los que no estoy de acuerdo. Sé que puedo cambiar de opinión más adelante acerca de los servicios con los que estoy de acuerdo hoy. Sé que, si cambio de opinión antes de que los cambios entren en vigor, recibiré una carta que me informará el motivo por el cual cambiaron mis servicios. La carta también me informará acerca de mis derechos de apelación, incluido cómo recibir servicios continuos.

Sé que puedo solicitar otra reunión del PCSP para analizar mis necesidades y cualquier cambio que se necesite hacer en este plan. Puedo comunicarme con mi coordinador de apoyo de la DDD,

\_\_\_\_\_ , al \_\_\_\_\_. También sé que puedo comunicarme con el coordinador de apoyo de la DDD en cualquier momento para hablar sobre preguntas, problemas y/o inquietudes que pueda tener con respecto a mis servicios. Mi coordinador de apoyo de la DDD se comunicará conmigo dentro de 3 días hábiles. Una vez de haberme comunicado con mi coordinador de apoyo de la DDD, él o ella me dará una respuesta sobre la solicitud dentro de 14 días. Si el coordinador de apoyo no puede tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de 14 días, él o ella me enviará una carta para dejarme saber que necesita más tiempo para tomar una decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/Persona que toma las decisiones acerca de la atención médica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de representación individual (Solamente de la agencia Agency with Choice)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del coordinador de servicios/coordinador de apoyo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Otras personas que asistieron que son responsables de la implementación del plan:**

Nombre:	Firma:	Nombre de la agencia/Relación:	Fecha:
Nombre:	Firma:	Nombre de la agencia/Relación:	Fecha:
Nombre:	Firma:	Nombre de la agencia/Relación:	Fecha:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**¿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)**

**COORDINADOR DE SERVICIO/COORDINADORES DE APOYO:** Documentar cuándo se le envió el plan de servicios centrado en la persona (PCSP) al miembro, al representante individual y/o la persona que toma las 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 QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		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

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de los derechos y responsabilidades del miembro**

Yo (o la HCDM), \_\_\_\_\_, he recibido una copia del manual para miembros de atención a largo plazo. Yo (o la HCDM), he revisado los "Derechos y Responsabilidades del Miembro" con mi coordinador de apoyo. Mi coordinador de apoyo ha respondido todas las preguntas e inquietudes que yo (o mi persona designada) tenía.

Sí      No

Firma del miembro / Persona que toma las decisiones acerca de la atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN**

**PRÓXIMA FECHA DE REVISIÓN (*marque una*):**

Que no exceda de 90 días (*Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)*)

Que no exceda de 180 días (*Centro de enfermería especializada, ICF-ID u hogar comunitario de la DDD*)

Anual (*Solo cuidados intensivos*)

Fecha de la próxima reunión: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Lugar/dirección de la reunión: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA EL USO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS**

Colocación:    D        H        Q        Z

<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b> <i>(Debe tener al menos uno, pero se permiten hasta tres)</i>	
<b>ENFERMEDAD CRÓNICA</b>	<b>DISCAPACIDAD INTELECTUAL/DEL DESARROLLO</b>
Demencia/Alzheimer	Trastorno del neurodesarrollo
Otra enfermedad neurológica	Trastorno del espectro autista
Lesiones de la cabeza/médula espinal	Parálisis cerebral
Metabólica	Síndrome de Down
Cardiovascular	Síndrome alcohólico fetal
Musculoesquelética	Síndrome de Prader-Willi
Respiratoria	Espina bífida
Hematológica/Oncológica	Síndrome de Tourette
Psiquiátrica	Otra; Si es otra, especifique:
Gastrointestinal	_____
Genitourinaria	_____
Enfermedades de la piel	_____
Sensorial	
Enfermedades infecciosas	
Trastorno convulsivo/Epilepsia	
Anomalías congénitas/Trastornos del desarrollo	
Otra; Si es otra, especifique:	
_____	
_____	
_____	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

¿El miembro eligió la agencia Agency with Choice para los servicios en el hogar?  
(Auxiliar de cuidado personal, cuidado personal, trabajo doméstico o habilitación)

Sí No

¿El miembro eligió los servicios de cuidados autodirigidos a domicilio? Sí No

**¿Cuál es la situación laboral del miembro?**

Jubilado/a

Sin historial de trabajo

Con empleo de tiempo completo actual

Con empleo de tiempo parcial actual

Actualmente está buscando empleo

**¿Cuál es el nivel educativo más alto del miembro?**

Asistió a la escuela primaria

Algo de preparatoria

Se graduó de la preparatoria/preparatoria abierta (GED)

Algo de estudios superiores/Escuela técnica

Completó el programa de la escuela técnica

Licenciatura

Título de asociado

Título universitario de posgrado (maestría, doctorado)

Considerando/Interesado en regresar a la escuela

**¿Cuál es el nivel de atención actual del miembro?**

Categoría 1

Categoría 2

Categoría 3

Deambulante/Demencia

Conductual

Atención médica para pacientes subagudos

Respiratorio/Ventilación

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

¿Alguno de los medicamentos enumerados en la sección de medicamentos son antipsicóticos?    Sí    No

Código de salud conductual asignado al miembro: \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento de salud conductual:    Sí    No

Notas:

Tratamiento ordenado por el juez (COT, por sus siglas en inglés):    Sí    No

Notas:

**ORIENTACIÓN/MEMORIA:**

Marque lo siguiente según corresponda a la orientación/memoria del miembro:

*Marque todo lo que corresponda:*

Adecuada

Alerta

Olvidadiza

Letárgica

Confundida

Inconsciente

Incoherente

Orientado con respecto a las personas

Orientado con respecto al lugar

Orientado con respecto al tiempo/día

**ORIENTADO X:**

1    2    3