

Plan/revisión específicos/solo para DD (a partir de los 3 años)

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*): _____

Fecha: _____

Tutor o representante legal del miembro: _____

Número de asistencia del miembro: _____

¿Ha solicitado el ALTCS? Sí No

¿Cuándo se presentó la última solicitud de cuidado a largo plazo? _____

¿Se presentó alguna apelación? Sí No De no ser así, ¿por qué? _____

Si es poco probable que cumpla con los requisitos para el ALTCS en el futuro, ¿se ha planteado la posibilidad de dar por concluido el caso? Sí No

De no ser así, ¿podría resumir la conversación?

¿El miembro vive en un centro residencial? Sí No

De ser así, ¿cómo se financia? _____

¿El miembro recibe algún servicio de atención domiciliaria? Sí No

De ser así, ¿cómo se financia? _____

¿Se necesita un intérprete? Sí No De ser así, ¿en qué idioma? _____

Resumen de evaluación del equipo

Resuma el diálogo de la siguiente manera:

¿Qué nos puede compartir sobre su historial médico pasado y actual?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*): _____

Fecha: _____

¿Cómo es un día normal para usted?

¿Cuál es la mejor parte de su día? ¿Cuál es la parte más difícil de su día? ¿Qué puede hacer que su día o su semana vayan bien? ¿Qué puede hacer que su día o su semana sean difíciles?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*): _____

Fecha: _____

¿Qué logros y/o contratiempos ha tenido desde la última vez que hablamos?

¿Qué nos puede contar sobre su familia, sus amigos y los recursos comunitarios en los que participa?

¿Recibe algún servicio o apoyo en materia de salud conductual?

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*): _____

Fecha: _____

Visión del futuro

Lo que quiero para mi futuro (*objetivos a corto y largo plazo*):

Lo que mi familia o mi tutor desean para mi futuro:

Indique el tipo de reunión y la frecuencia elegidos por la persona responsable:

Información adicional

Nombre del miembro (*apellido, nombre, inicial de 2o. nombre*): _____

Fecha: _____

Servicios

Indique el tipo y la frecuencia de los servicios que recibe el miembro:

| | | |
|-------|----------------|-----------|
| _____ | Finan. estatal | Indirecto |
| _____ | Finan. estatal | Indirecto |
| _____ | Finan. estatal | Indirecto |
| _____ | Finan. estatal | Indirecto |

Medidas a tomar

¿Es necesario realizar algún seguimiento? (*Indique la fecha prevista de finalización y la persona que se encargará de realizarlo*)

| | |
|-------|------------|
| _____ | Completado |
| _____ | Completado |
| _____ | Completado |
| _____ | Completado |

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma del coordinador de apoyo: _____ Fecha: _____