

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

División de Discapacidades del Desarrollo

**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)

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

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 (p.ej. por teléfono, correo electrónico)
	Sí No	
	Sí No	
	Sí No	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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)*:**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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*):

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Otro:

Notas de la reunión o consideraciones especiales:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

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?

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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: _____

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*)?

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**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?

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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
<p style="text-align: center;">Sí N/A</p>	<p style="text-align: center;">Centro de vivienda asistida</p>	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Servicios de salud conductual	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Representante de salud comunitaria	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
SÍ N/A	Programa diurno/ Atención médica diurna para adultos	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
SÍ N/A	Servicios de atención directa*	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Servicios de alerta en caso de emergencia	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Habilitación	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
<p>Sí N/A</p>	<p>Habilitación residencial (Hogares de acogida (GH), Programa de Desarrollo de Adultos en el Hogar (ADH), Programa de Desarrollo de Menores en el Hogar (CDH)</p>	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Hemodiálisis	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Comidas entregadas a domicilio	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Cuidados paliativos/ de hospicio	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Enfermería	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Nutrición	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Terapia ocupacional	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Terapia física	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Enfermera de salud pública	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
<p>Sí N/A</p>	<p>Relevo</p>	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
<p>Sí N/A</p>	<p>Programas para personas de la tercera edad</p>	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
<p>Sí N/A</p>	<p>Centro de enfermería especializada/ Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID)</p>	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Terapia del habla	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Rehabilitación vocacional	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Programa de empleo	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO
¿TIENE UN PROVEEDOR?	TIPO DE PROVEEDOR	AGENCIA PROVEEDORA
Sí N/A	Otro:	
NOMBRE DEL PROVEEDOR		INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

****Cuidado directo, cuidado personal, trabajo doméstico***

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:

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**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 miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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: _____

Visión/Audición/Habla

¿Cómo describiría su visión?

Marque todo lo que corresponda:

Ningún problema con la visión

Puede ver adecuadamente con lentes

Pérdida de visión de leve a moderada

Visión gravemente afectada o el miembro no responde a las señales visuales

Ceguera

Necesita un examen de la vista

¿Cómo describiría su audición?

Marque todo lo que corresponda:

Ningún problema con la audición

Puede oír adecuadamente con un aparato auditivo

Pérdida auditiva de leve a moderada

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Audición gravemente afectada o el miembro no responde a las señales verbales

Sordo/a

Necesita una evaluación auditiva

¿Ha cambiado su equipo médico o adaptativo desde la última reunión?

Sí No

¿Usa un dispositivo de asistencia para adaptarse a una discapacidad visual, auditiva o del habla?

Sí No

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

EQUIPO MÉDICO O ADAPTATIVO	¿PARA QUÉ SE USA EL EQUIPO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USA?	¿QUIÉN PROVEE EL EQUIPO?

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

EQUIPO MÉDICO O ADAPTATIVO	¿PARA QUÉ SE USA EL EQUIPO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USA?	¿QUIÉN PROVEE EL EQUIPO?

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Escriba todos los materiales médicos cubiertos:

MATERIALES MÉDICOS	¿PARA QUÉ SE USAN LOS MATERIALES?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USAN?

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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)

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**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:*

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

(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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

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.

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: _____

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:**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.*):

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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**

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: _____

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:

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

A.	
B.	
C.	
QUIÉN HARÁ:	¿CUÁNDO?
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

META 2:

RESULTADO:

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

QUIÉN HARÁ:	¿CUÁNDO?
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

META 3:

RESULTADO:

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

QUIÉN HARÁ:	¿CUÁNDO?
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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

META 4:

RESULTADO:

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿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.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

QUIÉN HARÁ:	¿CUÁNDO?
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

VI. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA				
MOVILIDAD	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
TRASLADARSE	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
BAÑARSE	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
VESTIRSE	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
HIGIENE PERSONAL	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
ALIMENTACIÓN	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
ASEO PERSONAL	Independiente	Mínima	Moderada	Máxima
CONTINENCIA URINARIA	No	Parcial	Sí	
CONTINENCIA INTESTINAL	No	Parcial	Sí	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

CONDUCTAS	No Sí	Tipo/frecuencia (<i>incluidas las intervenciones</i>):
------------------	-------------------	---

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

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?

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

ESCRIBA LOS "APOYOS NATURALES" NO PAGADOS QUE INTERVIENEN EN LA VIDA DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**DOCUMENTE LOS RECURSOS COMUNITARIOS
DE LOS QUE SE HABLÓ:**

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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 Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivar		De acuerdo No estar de acuerdo

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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
<p>Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivar</p>		<p>De acuerdo No estar de acuerdo</p>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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
<p>Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivar</p>		<p>De acuerdo No estar de acuerdo</p>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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
<p>Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivar</p>		<p>De acuerdo No estar de acuerdo</p>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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
<p>Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivar</p>		<p>De acuerdo No estar de acuerdo</p>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Escriba todos los servicios no financiados por ALTCS otorgados por la fuente del pagador (<i>es decir, Medicare</i>)		
SERVICIO NO FINANCIADO POR ALTCS	PARTE RESPONSABLE/ FUENTE DEL PAGADOR	FRECUENCIA APROXIMADA DEL SERVICIO (<i>Ejemplo: Diario, semanal, mensual</i>)

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

SERVICIO NO FINANCIADO POR ALTCS	PARTE RESPONSABLE/ FUENTE DEL PAGADOR	FRECUENCIA APROXIMADA DEL SERVICIO <i>(Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</i>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

<p>SERVICIO NO FINANCIADO POR ALTCS</p>	<p>PARTE RESPONSABLE/ FUENTE DEL PAGADOR</p>	<p>FRECUENCIA APROXIMADA DEL SERVICIO <i>(Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</i></p>

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

SERVICIO NO FINANCIADO POR ALTCS	PARTE RESPONSABLE/ FUENTE DEL PAGADOR	FRECUENCIA APROXIMADA DEL SERVICIO <i>(Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</i>

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.**

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Riesgos médicos y de salud

Alergias _____

**Aspiración y/o
neumonía** _____

Asfixia _____

Estreñimiento _____

Deshidratación _____

Diabetes _____

Dietético _____

**Enfermedad renal
en etapa terminal
(ERT)** _____

**Alimentación por
sonda** _____

**Problemas del
corazón; presión
arterial alta
o baja** _____

Hepatitis C _____

**Restricciones
médicas** _____

**Uso de
oxígeno** _____

Embarazo _____

**Rehusarse a
recibir atención
médica** _____

Convulsiones _____

**Padecimientos
de salud graves
o crónicos** _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Agrietamiento de la piel _____

**Enfermedad informada/
no informada** _____

**Dolor informado/
no informado** _____

Control de medicamentos inseguros _____

**Dependiente del ventilador/
traqueostomía** _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Otros riesgos de salud o médicos: _____

Riesgos de seguridad y autoayuda

Acceso a cuerpos de agua _____

Acceso a medicamentos _____

Involucración del tribunal* _____

No puede evacuar o no evacua una casa o vehículo en caso de una emergencia _____

Explotación _____

Caídas _____

Seguridad con químicos domésticos _____

Falta de habilidades de seguridad en caso de un incendio _____

Falta de juicio o dificultad para entender las consecuencias _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Falta de supervisión _____

Pérdida de la memoria _____

Movilidad o deambular _____

Seguridad y limpieza de la residencia _____

Seguridad en el vehículo _____

Temperatura del agua _____

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: _____

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: _____

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: _____

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** _____

**Conducta
ilegal** _____

**Involucración
del tribunal*** _____

**Comportamiento
sexual
inapropiado** _____

**Expresa
pensamientos
suicidas** _____

**Invade el espacio
personal** _____

**Conducta extrema
de búsqueda de
alimentos o
líquidos** _____

**Aislamiento/
Conducta de
aislamiento** _____

**Daño a los
animales** _____

**Enfermedad o
lesión por ser
veterano o por el
servicio en
el ejercito** _____

**Conducta sexual
ilegal o de
alto riesgo** _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Otros riesgos de salud mental, conductual o de estilo de vida:
(¿Pérdida de una persona querida, sentirse triste, enojado, o "No sentirse como usted mismo"?) _____

Intervención de la policía pasada o posible _____

Agresión física _____

Colocar o ingerir objetos no comestibles o PICA _____

Destrucción de propiedad _____

Conductas auto abusivas _____

Fumar cigarrillos de tabaco o eléctricos _____

Abuso de sustancias: drogas, alcohol u otro _____

Enfermedad/lesión traumática _____

Uso peligroso de materiales inflamables _____

Uso de objetos como armas _____

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

**Comportamiento de
ambular o buscar
salidas**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

**Otros riesgos de
salud mental,
conductual y estilo
de vida:**

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Riesgos financieros

**Explotación o
abuso
financiero** _____

**Falta de recursos
individuales** _____

**Otro riesgo
financiero:** _____

**** 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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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: _____

¿Cuál es el riesgo?

Fecha cuando se identificó: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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*):

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

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 (Objetivo)
1			

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

1	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)
2				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
3				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
4				

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

4	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)
5	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
6				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
7				

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

7	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)
8				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
9				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>
10				

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

10	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	
NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)
11				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR		PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)
12				
	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS	

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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 del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

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 del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		Plan completo Perfil del miembro Entorno individual Fortalezas/ Preferencias Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Riesgos Modificaciones al plan Plan de acción	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		<p>Plan completo Perfil del miembro Entorno individual Fortalezas/ Preferencias Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Riesgos Modificaciones al plan Plan de acción</p>	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		Plan completo Perfil del miembro Entorno individual Fortalezas/ Preferencias Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Riesgos Modificaciones al plan Plan de acción	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		Plan completo Perfil del miembro Entorno individual Fortalezas/ Preferencias Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Riesgos Modificaciones al plan Plan de acción	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		<p>Plan completo Perfil del miembro Entorno individual Fortalezas/ Preferencias Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Riesgos Modificaciones al plan Plan de acción</p>	

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)*)

Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) (*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

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
(Debe tener al menos uno, pero se permiten hasta tres)

ENFERMEDAD CRÓNICA

Demencia/Alzheimer

Otra enfermedad neurológica

Lesiones de la cabeza/médula espinal

Metabólica

Cardiovascular

Musculoesquelética

Respiratoria

Hematológica/Oncológica

Psiquiátrica

Gastrointestinal

Genitourinaria

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Enfermedades de la piel

Sensorial

Enfermedades infecciosas

Trastorno convulsivo/Epilepsia

Anomalías congénitas/Trastornos del desarrollo

Otra; Si es otra, especifique:

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL/
DEL DESARROLLO**

Trastorno del neurodesarrollo

Trastorno del espectro autista

Parálisis cerebral

Síndrome de Down

Síndrome alcohólico fetal

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Síndrome de Prader-Willi

Espina bífida

Síndrome de Tourette

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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

Notas:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

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