

Arizona Department of Economic Security  
División de Discapacidades del Desarrollo

# **Suplemento de Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP) para el Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP)**

## **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

## **V. Metas y resultados individualizados**

## **IV. Entorno Individual**

- a. Vida en el hogar

## **VII. Servicios Autorizados**

- a. Servicios/Apoyos pagados
- b. Apoyos no pagados

## **VIII. Identificación de Riesgos**

## **IX. Evaluación de Riesgos**

## **XI. Plan de Acción para el Seguimiento**

## **XII. Consentimiento Informado**

## **XIII. Información de la Próxima Reunión**

---

## 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

### Preferencias de comunicación:

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

Mejor momento para contactarlo/a: \_\_\_\_\_

Idioma que habla: \_\_\_\_\_

Idioma que escribe: \_\_\_\_\_

¿Se necesita intérprete?      Sí      No

Necesidades culturales y de idioma:

Nombre del miembro:

---

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

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

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## **II. Perfil del Miembro**

¿Qué puede decirme sobre su historial médico  
(*diagnóstico médico, cirugías, tratamientos/enfermedades importantes, incluidas 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:

### **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:

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:**

<b>Medicare u otro Seguro Médico</b>	<b>Número de Medicare o Número de Póliza</b>	<b>Parte A de Medicare</b>	<b>Parte B de Medicare</b>	<b>Parte C de Medicare</b>
<b>Parte D de Medicare – Nombre del Plan</b>	<b>Nombre del Asegurado (Si el miembro no es el titular principal del seguro)</b>		<b>Número de Teléfono</b>	

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

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

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

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

<b>Medicare u otro Seguro Médico</b>	<b>Número de Medicare o Número de Póliza</b>	<b>Parte A de Medicare</b>	<b>Parte B de Medicare</b>	<b>Parte C de Medicare</b>
<b>Parte D de Medicare – Nombre del Plan</b>	<b>Nombre del Asegurado (Si el miembro no es el titular principal del seguro)</b>		<b>Número de Teléfono</b>	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Medicare u otro Seguro Médico</b>	<b>Número de Medicare o Número de Póliza</b>	<b>Parte A de Medicare</b>	<b>Parte B de Medicare</b>	<b>Parte C de Medicare</b>
<b>Parte D de Medicare – Nombre del Plan</b>	<b>Nombre del Asegurado (Si el miembro no es el titular principal del seguro)</b>		<b>Número de Teléfono</b>	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

¿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:**

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Nombre/Dirección del Proveedor</b>			<b>Número de Teléfono</b>
<b>Especialidad del Proveedor</b>	<b>Última Visita</b>	<b>Próxima Visita</b>	<b>¿Necesita Transporte o Atención de un Acompañante?</b>

¿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
Sí N/A	Centro de vivienda asistida	
Nombre del proveedor		Información de contacto

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
Sí N/A	Servicios de salud conductual	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Representante de salud comunitaria</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
Sí N/A	Programa diurno/ Atención médica diurna para adultos	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Servicios de atención directa*</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Servicios de alerta en caso de emergencia</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Habilitación</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<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>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
Sí N/A	Hemodiálisis	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Comidas entregadas a domicilio</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Cuidados paliativos/de hospicio</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Enfermería</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Nutrición</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
Sí N/A	Terapia ocupacional	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
Sí N/A	Terapia física	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Enfermera de salud pública</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Proveedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Relevo</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Programas para personas de la tercera edad</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Centro de enfermería especializada/Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID)</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Terapia del habla</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Rehabilitación vocacional</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
Sí N/A	Programa de empleo	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>¿Tiene un proveedor?</b>	<b>Tipo de proveedor</b>	<b>Agencia Provedora</b>
<p>Sí N/A</p>	<p>Otro:</p>	
<b>Nombre del proveedor</b>		<b>Información de contacto</b>

*\*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:*

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:

<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (<i>Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento</i>)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios?</b>  <i>(Sí/No) (Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento?</b> <i>(Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</i></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios?</b>  <i>(Sí/No) (Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios?</b>  <i>(Sí/No) (Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios?</b>  <i>(Sí/No) (Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento?</b> <i>(Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</i></p>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>
<p><b>Nombre del Medicamento</b></p>	<p><b>Dosis / Frecuencia</b></p>	<p><b>¿Por qué está Tomando este Medicamento? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)</b></p>

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

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

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

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

<p><b>¿El Medicamento es Efectivo? (Sí/No)</b>  <i>(Si su respuesta es no, dé detalles)</i></p>	<p><b>¿Tiene Efectos Secundarios? (Sí/No)</b>  <i>(Si la respuesta es sí, dé detalles)</i></p>	<p><b>Médico Prescriptor</b></p>

¿Dónde surte sus recetas médicas?

---



---

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

¿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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

¿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

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:

<b>Equipo Médico o Adaptativo</b>	<b>¿Para qué se usa el Equipo?</b>	<b>¿Con qué Frecuencia se usa?</b>	<b>¿Quién Provee el Equipo?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Equipo Médico o Adaptativo</b>	<b>¿Para qué se usa el Equipo?</b>	<b>¿Con qué Frecuencia se usa?</b>	<b>¿Quién Provee el Equipo?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Equipo Médico o Adaptativo</b>	<b>¿Para qué se usa el Equipo?</b>	<b>¿Con qué Frecuencia se usa?</b>	<b>¿Quién Provee el Equipo?</b>

¿Ha habido algún cambio en sus materiales médicos desde la última reunión?

Sí      No

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Escriba todos los materiales médicos cubiertos:

<b>Materiales Médicos</b>	<b>¿Para qué se Usan los Materiales?</b>	<b>¿Con qué Frecuencia se Usan?</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Materiales Médicos</b>	<b>¿Para qué se Usan los Materiales?</b>	<b>¿Con qué Frecuencia se Usan?</b>

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*):

\_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

### **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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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:*

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

*(para miembros ya designados con un trastorno mental grave (SMI) o para quienes el miembro/HCDM ha rechazado la opción de designación de SMI)*

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:

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:

**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:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

## V. Metas y resultados individualizados

### **Instrucciones para el coordinador de apoyo:**

Para los miembros que utilizan la opción de pagar a su padre como cuidador, debe tener mínimo una meta dirigida por el miembro e individual centrada en participar con sus pares entre la comunidad en un entorno comunitario.

**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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

**Meta 1:**

**Resultado:**

**Fecha de inicio:**

**Fecha anticipada de concluir:**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

*¿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.?

A.

B.

C.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Quién hará:</b>	<b>¿Cuándo?</b>
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

### **Progreso en las metas**

El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas del plan de automanejo. *(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*)**

Salud

Vida en el hogar

Vida diaria

**Meta 1:**

**Resultado:**

**Fecha de inicio:**

**Fecha anticipada de concluir:**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

*¿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.?

A.

B.

C.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Quién hará:</b>	<b>¿Cuándo?</b>
A.	
B.	
C.	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

### **Progreso en las metas**

El coordinador de apoyo debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de las metas del plan de automanejo. *(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:

## **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:

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.

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:

## **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

### **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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

¿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:**

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:

<b>Servicios de ALTCS</b>		
<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
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:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio y Proveedor</b>	<b>Frecuencia del Servicio que ya Recibía Antes de esta Evaluación</b>	<b>Frecuencia del Servicio Actualmente Evaluado</b>
<b>Cambio de Servicio</b>	<b>Fecha de Comienzo/ Final</b>	<b>Miembro/HCDM</b>
Ninguno      Nuevo Aumentar      Reducir Finalizar      Suspendir Retroactivar		De acuerdo  No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Escriba todos los servicios no financiados por ALTCS otorgados por la fuente del pagador (es decir, Medicare)</b>		
<b>Servicio no Financiado por ALTCS</b>	<b>Parte Responsable/ Fuente del Pagador</b>	<b>Frecuencia Aproximada del Servicio (Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio no Financiado por ALTCS</b>	<b>Parte Responsable/ Fuente del Pagador</b>	<b>Frecuencia Aproximada del Servicio (Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio no Financiado por ALTCS</b>	<b>Parte Responsable/ Fuente del Pagador</b>	<b>Frecuencia Aproximada del Servicio (Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</b>

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

<b>Servicio no Financiado por ALTCS</b>	<b>Parte Responsable/ Fuente del Pagador</b>	<b>Frecuencia Aproximada del Servicio (Ejemplo: Diario, semanal, mensual)</b>

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

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:

**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 \_\_\_\_\_

Falta de supervisión \_\_\_\_\_

Pérdida de la memoria \_\_\_\_\_

Movilidad o deambular \_\_\_\_\_

Seguridad y limpieza de la residencia \_\_\_\_\_

Seguridad en el vehículo \_\_\_\_\_

Temperatura del agua \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros riesgos de seguridad o autoayuda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Intento de suicidio \_\_\_\_\_

Involucración del tribunal\* \_\_\_\_\_

Expresa pensamientos suicidas \_\_\_\_\_

Conducta extrema de búsqueda de alimentos o líquidos \_\_\_\_\_

Daño a los animales \_\_\_\_\_

Conducta sexual ilegal o de alto riesgo \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Conducta ilegal \_\_\_\_\_

Comportamiento sexual  
inapropiado \_\_\_\_\_

Invade el  
espacio personal \_\_\_\_\_

Aislamiento/Conducta  
de aislamiento \_\_\_\_\_

Enfermedad o lesión  
por ser veterano o  
por el servicio  
en el ejercito \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Enfermedad/lesión traumática \_\_\_\_\_

Uso peligroso de materiales inflamables \_\_\_\_\_

Uso de objetos como armas \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

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: \_\_\_\_\_

**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)
<b>1</b>	<b>Fecha de Seguimiento</b>	<b>Fecha Cuando se Completó</b>	<b>Comentarios</b>	

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

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 (Objetivo)
3				
	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>
4				
	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)
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 (Objetivo)
6				
	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)
7				
	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)
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 (Objetivo)
9				
	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)
10				
	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)
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. 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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

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.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

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

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

---

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

---

Fecha

---

Firma del coordinador de servicios/coordinador de apoyo

---

Fecha

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

<b>Otros asistentes responsables de la implementación del plan:</b>			
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:

<b>Otros asistentes responsables de la implementación del plan:</b>			
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 del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

<b>Nombre</b>	<b>Relación que Tiene con el Miembro</b>	<b>Sólo la Siguiete Información Puede ser Dada a Conocer Bajo este Consentimiento:</b>	<b>Fecha de Envio</b>
		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:

<b>Nombre</b>	<b>Relación que Tiene con el Miembro</b>	<b>Sólo la Siguiete Información Puede ser Dada a Conocer Bajo este Consentimiento:</b>	<b>Fecha de Envio</b>
		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:

<b>Nombre</b>	<b>Relación que Tiene con el Miembro</b>	<b>Sólo la Siguiete Información Puede ser Dada a Conocer Bajo este Consentimiento:</b>	<b>Fecha de Envio</b>
		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:

<b>Nombre</b>	<b>Relación que Tiene con el Miembro</b>	<b>Sólo la Siguiete Información Puede ser Dada a Conocer Bajo este Consentimiento:</b>	<b>Fecha de Envio</b>
		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:

<b>Nombre</b>	<b>Relación que Tiene con el Miembro</b>	<b>Sólo la Siguiete Información Puede ser Dada a Conocer Bajo este Consentimiento:</b>	<b>Fecha de Envio</b>
		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:

**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:

---

---