
Describa las observaciones e interacciones con el miembro. (p. ej., apariencia del miembro, cómo participó en la reunión de revisión, qué estaba ocurriendo durante la reunión, entorno). **El miembro debe estar presente en la reunión.**

Comentarios:

II. Revisión del Plan y Retroalimentación del Equipo

A. ¿Qué cambios han ocurrido en su vida desde la última vez que nos reunimos?

B. ¿Está satisfecho con la situación de vivienda actual o le gustaría explorar otras opciones?

Documente la discusión y el resultado:

C. ¿Está recibiendo los servicios evaluados de manera regular? Sí No

Si no, indíqueme su experiencia con los apoyos y servicios actuales, así como cualquier deficiencias o barreras.

D. ¿Ha habido algún cambio en los servicios indirectos (escuela, salud conductual (BH, por sus siglas en inglés), etc.)?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué actualizaciones o cambios recientes debemos conocer?

E. ¿De qué manera los servicios de atención a largo plazo están satisfaciendo, o no satisfaciendo, sus necesidades?

F. ¿Cuál ha sido su experiencia con sus proveedores actuales?

III. Apoyos e Información Médica (Documente todos los cambios en la sección de Discusión).

¿Ha experimentado algún cambio en su(s) condición(es) médica(s)? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha tenido alguna cita médica o dental desde la última reunión? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha habido algún cambio en la medicamentos
(*incluyendo medicamentos psicotrópicos*) desde la última reunión? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha sido hospitalizado, incluyendo visitas a la sala de emergencias,
en los últimos 90 días por un problema o preocupación médica? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha habido algún cambio en sus necesidades y/o servicios de salud conductual?
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

Sí No

¿Ha habido algún incidente conductual desde la última reunión que haya involucrado a la policía, llamadas de crisis o informes de incidentes?
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

Sí No

¿El miembro necesita un plan de conducta? Si la respuesta es sí, describa el plan para desarrollar e implementar un Plan de Conducta e incluya las acciones en la Sección IX.
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

Sí No N/A

Si tiene un Plan de Conducta, ¿está actualizado y es efectivo?
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

Sí No N/A

IV. Objetivos y Resultados Individuales

Revise y escriba cada objetivo y resultado del plan actual. Indique si algún objetivo fue agregado, revisado o discontinuado.

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

V. Servicios Actuales Autorizados

Marque aquí si el miembro no tiene ningún servicio.

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspende Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

¿Se revisó la Herramienta de Necesidades de Servicios en el Hogar y la Comunidad? Sí No N/A
Describa cualquier cambio realizado, los servicios y las opciones de proveedores discutidos, y si se han completado las herramientas de evaluación de servicios actualizadas:

VI. Modelo De Servicio Seleccionado

¿Se han realizado cambios en el modelo de servicio seleccionado?			Sí	No	N/A
Si la respuesta es sí, ¿qué modelo de servicio fue seleccionado?					
Tradicional	Agencia con opción	Proveedor independiente (DDD)			
Padres como cuidadores remunerados	Cuidado del cónyuge como asistente	N/A			

VII. Riesgos

¿Existen riesgos nuevos o cambios en los riesgos previamente identificados? Sí No

Fecha en que se identificó el nuevo riesgo _____

Para cualquier riesgo nuevo, describa los cambios:

¿Cuál es el riesgo?

Describe el riesgo. ¿Cómo se presenta para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Ubicación? ¿Duración?

Factores que contribuyen:

¿Qué está funcionando actualmente para prevenir el riesgo/cómo se está gestionando eficazmente el riesgo?
(Intervenciones que funcionan y las que no funcionan)

**VIII. Restricciones De Derechos Del Miembro
(Actualice esta sección solo si existe una restricción de derechos del miembro vigente, nueva o modificada que haya sido aprobada por el Comité de Revisión del Programa)**

Describa cualquier restricción vigente de los derechos del miembro.

Comente si la restricción vigente de los derechos del miembro sigue siendo necesaria o puede ser eliminada.

Describa cualquier restricción nueva o modificada de los derechos del miembro que haya sido aprobada por el PRC desde la última reunión:

X. Información de la Próxima Reunión

Fecha de vencimiento de la próxima reunión _____

Fecha programada de la próxima reunión _____ **Hora** _____

Aual 1.^a de 90 días 2.^a de 90 días 3.^a de 90 días

180 días (en un entorno residencial alternativo, mayores de 12 años y sin intervención de salud conductual)

Otro/Equipo especial (Especifique) _____

Tipo de reunión: Virtual Presencial

Si fue virtual, ¿la persona responsable solicitó esta opción y el miembro es elegible para una reunión virtual? (por ejemplo, no recibe servicios a través del modelo de servicio PPCG, Cónyuge o Proveedor Independiente)?

Sí No Si la respuesta es no, explique: _____

Las siguientes opciones están disponibles ÚNICAMENTE para solo DD, dirigido, o solo LTC/cuidados intensivos:

Teléfono Carta

Si es presencial, especifique la dirección y el tipo de entorno:

Dirección: _____

Tipo de lugar:

Hogar del miembro Entorno comunitario _____

Entorno alternativo de servicio: _____

XI. Consentimiento/Firma

La documentación debe demostrar que esta revisión del PCSP está finalizada y acordada, con el consentimiento informado del miembro por escrito, y firmada por todas las personas y proveedores responsables de su implementación. Una firma electrónica en lugar de una firma manuscrita es un método aceptable para obtener el consentimiento y/o reconocimiento. Mis proveedores deben recibir una copia de las partes del plan que explican cómo deseo que se presten mis servicios y cualquier restricción acordada por el equipo del PCSP. Mi Coordinador de Apoyo me ha proporcionado información sobre fraude, desperdicio y abuso, incluyendo cómo denunciar abuso, negligencia, explotación y otros incidentes críticos.

Este plan ha sido revisado conmigo por mi Coordinador de Apoyo. Mi Coordinador de Apoyo discutió las opciones de servicio disponibles para mí, incluyendo información que ayudó a fundamentar las opciones seleccionadas, las decisiones tomadas y reflejadas en este documento. Sé qué servicios recibiré y con qué frecuencia. Todos los cambios en los servicios que estaba recibiendo me han sido explicados. He marcado mi acuerdo y/o desacuerdo con cada servicio autorizado en este plan. Sé que cualquier reducción, terminación o suspensión (interrupción por un período determinado) de mis servicios actuales comenzará no antes de 10 días a partir de la fecha de este plan. Sé que puedo solicitar que esto sea antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, lo he señalado en este plan. Sé que mi Coordinador de Apoyo me enviará una carta que me explique por qué el/los servicio(s) que solicité fue/ fueron denegado(s), reducido(s), suspendido(s) o finalizado(s). La carta me indicará cómo apelar la decisión tomada sobre mis servicios. La carta también me indicará cómo puedo recibir servicios continuos.

Mi Coordinador de Apoyo me ha explicado cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar los cambios en los servicios con los que no esté de acuerdo. Sé que puedo cambiar de opinión más adelante sobre 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 explique la motivo por el cual mis servicios han cambiado. La carta también me indicará mis derechos de apelación, incluyendo cómo recibir servicios continuos.

Sé que puedo solicitar otra reunión del PCSP para revisar mis necesidades y cualquier cambio necesario en este plan.

Puedo contactar a mi Coordinador de Apoyo _____ al _____.

También sé que puedo contactar a mi Coordinador de Apoyo en cualquier momento para discutir preguntas, problemas y/o inquietudes que pueda tener con respecto a mis servicios y/o relacionadas con fraude, desperdicio y abuso.

Mi Coordinador de Apoyo se pondrá en contacto conmigo dentro de 3 días hábiles. Una vez que haya hablado con mi Coordinador de Apoyo, él/ella me dará una decisión sobre esa solicitud dentro de 14 días. Si mi Coordinador de Apoyo no puede tomar una decisión sobre mi solicitud dentro de 14 días, me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar una decisión.

Firma del Miembro _____ Fecha _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____

Firma de la Segunda Persona Responsable (si la hubiese) _____ Fecha _____

Firma del Coordinador de Apoyo _____ Fecha _____