

Instrucciones para individuos/familias sobre cómo llenar los “Suplementos” de los documentos del Plan de Seguridad o de la Comunicación Anticipada

Existen cuatro documentos pre-formateados disponibles para ayudarle a resumir el tipo de información que a menudo solicitan las agencias de tratamiento. En una situación de crisis, puede ser difícil y toma mucho tiempo recordar información médica importante, historial de tratamientos, nombres y números telefónicos.

Los cuatro documentos cubren la siguiente información:

- Resumen de información médica
- Resumen de tratamiento previo
- Información personal demográfica
- Resumen de servicios, escuela y/o trabajo actuales

Cómo se usan los formularios:

- Usted puede elegir llenar cualquiera o todos los documentos.
- No es necesario que llene todas las secciones—es su opción decidir qué considera importante comunicar.
- Estos documentos se pueden anexar al Plan de Seguridad o Comunicación Anticipada que se envía al equipo MCI u otro proveedor de apoyo o intervención de crisis.
- Adicionalmente, usted puede reemplazar con un documento resumen alternativo que sirva como suplemento.
- Si usted encuentra que uno o más suplementos son de utilidad pero no desea llenar un Plan de Seguridad o Comunicación Anticipada, está bien también--elija lo que crea que funciona mejor para usted. Podrá llenar formularios diferentes en una fecha posterior.
- En vez de presentar copias de los suplementos con anticipación, quizás prefiera mantener varias copias de los suplementos a mano para compartir en caso de ser necesarios.

Resumen de información médica

Afecciones o preocupaciones de salud

Salud física	Salud mental	Uso de sustancias	Desarrollo
--------------	--------------	-------------------	------------

Notas:

Enumere cualquier acomodación especial necesaria debido a una condición física o barrera de comunicación:

Medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Actual o discontinuado	Prescrito por:	Nota

Alergias (Medicamento, alimento, otros)

Enumerar alérgenos	Síntomas leves	Síntomas moderados	Graves o que amenazan la vida	Notas:

<p>Preparado por: _____</p> <p>Fecha en que se llenó ___/___/___ <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión</p> <p>Se compartió con:</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Este es un resumen de información acerca de:</p> <p>___/___/___ _____</p> <p style="text-align: center;">Fecha de nacimiento Nombre Apellido</p> <hr/> <p>(otra información, necesidades, solicitudes, acomodaciones)</p> <p style="text-align: right;">tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p> <p style="text-align: right;">tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p>
--	--

Información personal demográfica

Información acerca de la persona que recibe los servicios

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Tipo de arreglo de vivienda			
Fecha de nacimiento	/ /	Sexo:	Número de SS / /
Notas/Alertas:			

Información acerca de los padre(s), tutor(es) o cónyuge/pareja No corresponde

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota:			

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota:			

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota:			

Información acerca de amigos, defensores u otras personas que brindan apoyo No corresponde

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota			

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota:			

Nombre	Relación	¿Vive con esta persona? S / N	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tel. casa	Tel. celular	Tel. trabajo	
Nota:			

<p>Preparado por: _____</p> <p>Fecha en que se llenó ___/___/___ <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión</p> <p>Se compartió con:</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Este es un resumen de información acerca de:</p> <p>___/___/___ _____</p> <p>Fecha de nacimiento Nombre Apellido</p> <p>_____</p> <p>(otra información, necesidades, solicitudes, acomodaciones)</p> <p>_____ tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p> <p>_____ tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p>
---	--

Resumen de servicios, escuela y/o trabajo actuales

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nota:			

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de servicio			

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de servicio			

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de servicio			

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de servicio			

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> DYS <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> _____			
Proveedor	Agencia/Empresa	Tel.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nota			

Información acerca de la escuela no corresponde No contactar

Nombre de la escuela _____	Grado _____	Tipo de programa _____
Contacto preferido _____	Título _____	Tel. _____
Contacto preferido _____	Título _____	Tel. _____

Información acerca del trabajo no corresponde No contactar

Nombre de la empresa _____	Título del cargo _____
Contacto preferido _____	Título _____ Tel. _____

<p>Preparado por: _____</p> <p>Fecha en que se llenó ___/___/___ <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión</p> <p>Se compartió con:</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Este es un resumen de información acerca de:</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Fecha de nacimiento Nombre Apellido</p> <hr/> <p>(otra información, necesidades, solicitudes, acomodaciones)</p> <p style="text-align: right;">tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p> <p style="text-align: right;">tel.: _____ tel.: _____</p> <p>Nombre en letras del padre/madre/tutor, si es el caso</p>
--	--