

PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE

EVALUACIÓN / PLAN DE TRATAMIENTO: INICIALE

Tipo de Plan: Medi-Cal/RCHA (CARES) DPSS (ACT) (Decreto) Fecha: _____

Proveedor: _____

del Proveedor: 33 _____

Teléfono del Proveedor: _____ # de Fax del Proveedor: _____

[Para los Consumidores del Quipo De Evaluación Y Consulta (ACT)] DPSS Trabajador Social: _____

Clínico del ACT: _____

Nombre del Consumidor: _____
Primer Nombre Afellido

Fecha de Nacimiento del Consumidor: _____ Numero de Seguro Social: _____

Género: M F

Idioma Natal del Consumidor: _____ Grupo Étnico del Consumidor: _____

Vivienda: Hogar en Grupo (para menores) Padres Biológicos Hogar de Crianza FFA (Hogar de Crianza Privado)

Ubicación relativa (para un menor) Casa de Refugio (para menores) Instalación de hospedamiento y tratamiento

IMD SNF Otra Forma de Vivir Independiente:

Nombre de la Instalación Residencial (si aplica): _____ Fecha de colocación: _____

Domicilio Actual del Consumidor: _____ Teléfono

del consumidor #: _____ Médico de Personal: _____

Fecha del último examen físico: _____

Diagnóstico:

Eje I: _____

Eje II: _____

Eje III: _____

Eje IV: _____

Motivos de Tensión Mental Psicosociales Específicos

Eje V: _____ / _____
Actuales más serios del último año

Problemas presentados/ Sintomatología Clínica: _____

Evaluación de riesgo:

Ideas Suicidas Ninguna leves Moderadas Severas

Intenciones Suicidas Ninguna leves Moderadas Severas

Ideas Homicidas Ninguna Leves Moderadas Severas

Intenciones Homicidas Ninguna Leves Moderadas Severas

Si existen algún riesgo actualmente, describa el tipo la frecuencia de las ideas, el plan, y los medios: _____

Informacion Confidencial del Paciente. [Vea el bienestar de California; Código 5328 de las instituciones](#)

EVALUACIÓN / PLAN DE TRATAMIENTO: INICIALES

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____

Recomendaciones: (Motivos por los cuales debe continuar el tratamiento / duración esperada del tratamiento.)

Medicamento(s) Actuales y Dosis: _____

Médico que las receto: _____

¿Antecedentes de Enfermedades Mentales en la Familia? No Sí Si la respuesta es afirmativa, descríbalos

¿Previas Hospitalizaciones Psiquiátricas(s)? No Sí Si la respuesta es afirmativa, diga dónde, cuándo, y por qué

Previo Tratamiento de Salud Mental como Paciente Externo? No Sí Si la respuesta es afirmativa díganos con quién, cuándo, y por qué _____

ESTADO MENTAL

Apariencia	<input type="checkbox"/> Limpio(a)	<input type="checkbox"/> Bien Cuidado(a)	<input type="checkbox"/> Mal Cuidado(a)	<input type="checkbox"/> Extraño(a)			
Orientación	<input type="checkbox"/> Orientado(a)	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Hora	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Persona	<input type="checkbox"/> Situación	
Ánimo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ansioso(a)	<input type="checkbox"/> Deprimido(a)	<input type="checkbox"/> Enojado(a)	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Eufórico(a)	
Afecto	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> Inapropiado	<input type="checkbox"/> Insípido	<input type="checkbox"/> Inestable	<input type="checkbox"/> Rudo	<input type="checkbox"/> Deprimido	
Inteligencia	<input type="checkbox"/> Promedio	<input type="checkbox"/> Superior a lo promedio	<input type="checkbox"/> Inferior a lo promedio				
Memoria	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Perjudicada	<input type="checkbox"/> Termina Corto	<input type="checkbox"/> Termina Largo			
Atención	<input type="checkbox"/> Dentro de los Límites Normales	<input type="checkbox"/> Corta	<input type="checkbox"/> Perjudicada	<input type="checkbox"/> Preservativa			
Psicomotor	<input type="checkbox"/> Dentro de los Límites Normales	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Retardado	<input type="checkbox"/> Cata tónico		
Juicio	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Más o menos bueno	<input type="checkbox"/> Limitado	<input type="checkbox"/> Malo			
Discernimiento	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Más o menos bueno	<input type="checkbox"/> Limitado	<input type="checkbox"/> malo			
Habla	<input type="checkbox"/> Dentro de los límites normales	<input type="checkbox"/> Oprimida	<input type="checkbox"/> Mínima	<input type="checkbox"/> Vagante	<input type="checkbox"/> Circunstancial		
Pensamiento	<input type="checkbox"/> Dentro de los límites normales	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Desorganizado	<input type="checkbox"/> Meditador	<input type="checkbox"/> Paranoide	<input type="checkbox"/> Suelto	<input type="checkbox"/> Impertinente
Conceptos Falsos	<input type="checkbox"/> Somáticos	<input type="checkbox"/> Envidiosos	<input type="checkbox"/> Grandiosos	<input type="checkbox"/> Persecutorios	<input type="checkbox"/> Eróticos		
Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Auditivas	<input type="checkbox"/> Visuales	<input type="checkbox"/> Táctiles	<input type="checkbox"/> Olfatorias	<input type="checkbox"/> Ordenes		

Comentarios Adicionales: _____

Oficio: _____

Escuela: Nivel Educativo: _____ Funcionamiento/Grado: _____

Uso de Drogas/Alcohol: Actualmente Anteriormente Duración de la Remisión actual: _____

Descríbalo (Tipo, Cantidad, Frecuencia): _____

Tratamiento de Rehabilitación contra las Drogas: _____

Avalúo de disfunción Ninguna Leve Moderada Severa

EVALUACIÓN / PLAN DE TRATAMIENTO: INICIALES

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____

Describe específicamente como los síntomas perjudican un área específica del funcionamiento (Ejemplos; trabajo, escuela, salud/seguridad, social): _____

METAS: Tienen que poderse medir/ser observables y deben estar directamente relacionadas al área del funcionamiento cotidiano que esta siendo perjudicado. Esta es la misma área perjudicada que le permite al consumidor reunir las necesidades de la parte B de Medical. Incluya la frecuencia actual y meta.

Efectos en el comportamiento/meta 1: _____

Fecha meta para lograr las mismas 1: _____

Efectos en el comportamiento/meta 2: _____

Fecha meta para lograr la misma 2: _____

Intervención del Proveedor: _____

El consumidor hará lo siguiente: _____

TRATAMIENTO PROPUESTO: **Para los proveedores solicitando autorización solamente a través de CAT.

Evaluación Psiquiátrica: ____ sesión(s) por semana/ mes/ cuarto de ____ semanas/ meses (15/30/60 minutos)

Terapia Individual: ____ sesión(s) por semanas/ mes/ cuarto por ____ semanas/ meses (15/30/60/90 minutos)

Psicoterapia en grupo: ____ sesión(s) por semana/ mes por ____ semanas/ meses

Terapia Familiar: ____ sesión(s) por semana/ mes/ cuarto por ____ semanas/ meses (30/60 minutos)

Acciones Paralelas Familiares: ____ sesión(s) por semana/ mes/ cuarto por ____ semanas/ meses (30/60 minutos)

Con: _____

El Propósito de: _____

Colateral no familiar: ____ sesión(s) por semana/ mes/ cuarto por ____ semanas/ meses (30/60 minutos)

Con: _____

El Propósito de: _____

Consulta como paciente externo con: _____ (25/60 minutos)

El Propósito de: _____

¿Solicito el consumidor una copia del Plan de Tratamiento? Sí No _____ ¿Recibió el consumidor una Fecha

Copia del Plan de Tratamiento? Sí No _____ Fecha

Se ofrecieron servicios de interpretación? Sí No _____ Fecha

Respuesta del consumidor acerca de los Servicios de Interpretación: _____

Firma del contratista y título

Fecha

Supervisor Clínico y licencia

Fecha

Firma del consumidor

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

El Consumidor Recibió Información escrita del Condado de Riverside _____

Informacion Confidencial del Paciente. Vea el bienestar de California; Código 5328 de las instituciones