

<input type="checkbox"/> Inicial
<input type="checkbox"/> Actualizacion
<input type="checkbox"/> Re-evaluacion

Illinois Medicaid Comprehensive Assessment of Needs and Strengths (IM+CANS)

1. INFORMACION GENERAL							
Nombre y Apellido del Cliente:		Fecha de Nacimiento:	RIN:	Sexo:	Fuente de referencia:	Fecha primer contacto	
Numero de Telefono:	Idioma principal:	Servicios de Interprete: <input type="checkbox"/> Ninguno requerido <input type="checkbox"/> TDD/TYY <input type="checkbox"/> Idioma Hablado: _____ <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Condado:		
Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____		Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispanico <input type="checkbox"/> No Hispanos		
Cobertura de Seguro y Compañia <input type="checkbox"/> N/A		Tamaño del Hogar	Ingresos del Hogar:	Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Pareja Domestica			
Estado de Tutela: <input type="checkbox"/> Guardian Propio <input type="checkbox"/> Padre Biologico <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo		<input type="checkbox"/> Jovenes bajo cuidado <input type="checkbox"/> Otro Tribunal Designado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Situacion Laboral: <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Militares <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar				<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado
Arreglo de Vivienda: <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vive Independiente <input type="checkbox"/> Vive con padre(s), pariente(s) o tutor(es) <input type="checkbox"/> Instalacion Operada por el Estado(salud mental/discapacidad de desarrollo) <input type="checkbox"/> Carcel o Centro Correccional		<input type="checkbox"/> Entorno residencial/institucional (residencial, hogar de ancianos, refugio) <input type="checkbox"/> Arreglo de Vida Integrado Comunitario (CILA) <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nivel Educativo <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Pre-K/Kindergarten <input type="checkbox"/> Grad 1-3		<input type="checkbox"/> Grad 4-5 <input type="checkbox"/> Grad 6-8 <input type="checkbox"/> Grad 9-12	<input type="checkbox"/> Diploma o/GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Titulo de Asociado <input type="checkbox"/> Comercio/Capacitacion Tecnica <input type="checkbox"/> U /Doctora <input type="checkbox"/> # h <input type="checkbox"/> O				
@ V k # V u P) # : - # h # : _____		@ V k # V u : #) : # : - : # h : _____					
U # 7	V		-	k #		† #	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
						<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> No	
Apoyos Establecidos		Agencia	Nombre de Contacto	Telefono	Correo Electronico		
Medico							
Escuela/Guarderia							
Consejero/Terapeuta							
Trabajador de Bienestar Infantil							
Agente ISC/PAS							
Oficial de Libertad Condicional							
Otro: _____							
Otro: _____							
Otro: _____							

Al menos que se indique lo contrario, las siguientes categorías y niveles de acción se utilizan para calificar los artículos individuales de CANS:
 0 = Sin evidencia/sin razón para creer que el elemento requiere acción. 2 = Necesidad de acción. Se necesita alguna estrategia para abordar el problema/necesidad.
 1 = Espera vigilante, monitoreo o acción preventiva. 3 = Acción inmediata/intensiva. Preocupación por la seguridad; prioridad para la intervención.
 Nota: Los CANS ~~0, 1, 2, 3~~ que no son aplicables a toda el ciclo de vida tienen rangos de edad específicos para los cuales el artículo debe ser completado indicado delante del nombre del artículo.

2. EXPOSICION AL TRAUMA

No = No hay evidencia de ningún trauma de este tipo
 Si = El cliente tiene, o se sospecha que tiene, al menos un incidente, múltiples incidentes o experiencia crónica continua de este tipo de trauma

EXPERIENCIAS INFANTILES POTENCIALMENTE TRAUMATICAS/ADVERSAS (ACE)

Artículo	No	Si	Artículo	No	Si
Abuso Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso Fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desastre Natural o provocado por el hombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descuidar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testigo de Violencia Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testigo de violencia comunitaria/escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Victima/Testigo de Actividad Criminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Afectado por Guerra/Terrorismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Interrupciones en el cuidado/perdidas de apego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Comportamiento Criminal de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de respaldo: Proporcionar información adicional sobre el tipo de trauma experimentado por el cliente (artículos calificados si) y la edad de ocurrencia

3. PRESENTACION DEL PROBLEMA Y EL IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO

3a. Presentacion de la situacion y presentacion de sintomas

Necesidades conductuales /emocionales	n/a	0	1	2	3		n/a	0	1	2	3
Depresion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3+: Impulsividad/Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3+: Control de la ira/Tolerancia a la frustracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la alimentacion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Uso de sustancias [L – ver p. 5]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuste al trauma [A – ver mas abajo]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Psicosis (Trastornos del pensamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Regulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Conducta/Comportamiento Antisocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Incapacidad para prosperar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Problemas Interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Comportamientos atipicos/repetitivos[B – p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Mania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-18: Oposicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Somatizacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[A] MODULO DE SINTOMAS DE ESTRES TRAUMATICO (Para completar cuando las necesidades conductuales/emocionales, el artículo de ajuste al trauma tiene una calificación de 1, 2 o 3)

Artículo	0	1	2	3	Artículo	0	1	2	3
Desregulacion emocional y/o fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duelo traumatico y separacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrusiones/Re-experimentacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperexcitacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disociacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades de Apego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evitacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3b. Impacto de los problemas en el funcionamiento del cliente

FUNCIONAMIENTO DE VIDA	n/a	0	1	2	3		n/a	0	1	2	3
Funcionamiento de la familia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-6: Eliminacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situacion de vida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-21: Escuela/Preescolar/Guarderia [C – ver p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Residencial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3+: Toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funcionamiento Social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Legal [K – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recreacion/Juego		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Desarrollo Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo/Intelectual [B – ver p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Funcionamiento del empleo/Empleo [D – ver p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicacion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Funcion de los padres/cuidadores [E – ver p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico/Fisico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Habilidades para la vida independiente [F – ver p. 3]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplimiento de medicamentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Relaciones Intimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Actividades basicas de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1+: Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Rutinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Comuicaion funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0-6: Persistencia/Curiosidad/Adaptabilidad

[B] MODULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de la vida, el articulo de desarrollo/intelectual o el dominio de necesidades emocionales/conductuales, el articulo de comportamientos atipicos/repetitivos se califica 1, 2 o 3)

Articulo	n/a	0	1	2	3	Articulo	n/a	0	1	2	3
Cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidades de autocuidado/vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Regulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espectro Autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

[C] MODULO ESCUELA/PREESCOLAR/GUARDERIA (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de la vida, el articulo Escuela/Preescolar/Guarderia tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	n/a	0	1	2	3	Articulo	n/a	0	1	2	3
Comportamiento en la Escuela/Preescolar/Guarderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relaciones con los maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logros en la Escuela/Preescolar/Guarderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calidad de la Preescolar/guarderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia en la Escuela/Preescolar/Guarderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Necesidades escolares: Pruebas Educativas GED o Recuperacion de Credito Equipo de Estudio Estudiantil Plan 504 IEP Tutoria

[D] MODULO VOCACIONAL Y PROFESIONAL (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de la vida, el articulo de funcionamiento del trabajo/empleo tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Aspiraciones Profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desempeño laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relaciones laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habilidades laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[E] MODULO DE CRIANZA/CUIDADO (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de vida, el articulo rol de padre/cuidador se califica con 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Conocimiento de necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organizacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia conyugal/de pareja en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participacion en la atencion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

[F] MODULO DE ACTIVIDADES INDEPENDIENTES DE LA VIDA DIARIA (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de la vida, el articulo de habilidades de vida independiente tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Preparacion de comidas De	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administracion del dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso del dispositivo de comunicacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo domestico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad de la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informacion de Respaldo: Proporcione informacion adicional sobre la situacion de presentacion y los sintomas (elementos emocionales/conductuales calificados 2 y 3). La informacion sobre el impacto de la situacion de presentacion en el funcionamiento del cliente (elementos de funcionamiento de la vida calificados 2 y 3) tambien deben incluirse en la narrativa. Si se complementan los modulos A-F, incluya los articulos clasificados 2 y 3 en la narrativa.

4. SEGURIDAD

4a. Comportamiento de riesgo

COMPORTEAMIENTO DE RIESGO	n/a	0	1	2	3		n/a	0	1	2	3
Victimizacion/Explotacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Comportamiento delictivo/criminal [K – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-6: Autolesion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Comportamiento autolesivo no suicida (automutilacion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-6: Riesgo de fuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Otra autolesion (Imprudencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Iniciales del cliente:
Fecha de nacimiento:

3+: Riesgos de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3+: Mal comportamiento intencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-21: Fuga [G – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6+: Comportamiento sexualmente prob.[H – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6+: Intimidar a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6+: Peligro para los demas [I – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6+: Configuracion de fuego[J – ver p. 4]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21+: Grave discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21+: Acaparamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[G] MODULO DE FUGA (Para completar cuando el dominio de las conductas de riesgo, el articulo de fuga se califica con 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Frecuencia de fuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probabilidad de retorno propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consistencia del destino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participacion de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad del destino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectativas realistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participacion en actos ilegales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planificacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[H] – MODULO COMPORTAMIENTO SEXUAL PROBLEMÁTICO (Para completar cuando el dominio de comportamientos de riesgo, el articulo de comportamiento sexualmente problematico tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Hipersexualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agresion Sexual [H1 – ver mas abajo]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento sexual de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento sexual reactivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturbacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

[H1] SUB-MODULO COMPORTAMIENTO SEXUAL AGRESIVO (Para completar el modulo de comportamiento sexual problematico, el articulo de agresion sexual se califica con 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Relacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poder diferencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerza fisica/amenaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respuesta a la acusacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diferencia de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

[I] MODULO DE PELIGROSIDAD (Para completar cuando el dominio de comportamientos de riesgo, el articulo de peligro para otros tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Hostilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planifacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamiento paranoico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganancias secundarios de la ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conscientes del potencial de violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamiento violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respuesta a las consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compromiso con el autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[J] MODULO DE CONFIGURACION DE INCENDIO (Para completar cuando el dominio de comportamiento de riesgo, el articulo de configuracion de incendio tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Seriedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respuesta a la acusacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remordimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de acelerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probabilidad de incendio futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intencion de dañar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Informacion de Respaldo: Proporcione informacion adicional sobre los comportamientos de riesgo del cliente, incluido el comportamiento agresivo/violento/peligro para los demas (articulos calificados 2 y 3), y el nivel de discapacidad (por ejemplo, suspension escolar, aplicacion de la ley, servicios de crisis, hospitalizacion).

[K] MODULO DE JUSTICIA/CRIMEN (Para completar cuando el dominio de funcionamiento de la vida, el articulo legal o el dominio de conductas de riesgo, el articulo de conducta delictiva es calificado 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	0	1	2	3
Seriedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cumplimiento legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Iniciales del cliente: Fecha de nacimiento:
--

Arrestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Influencias de los compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Influencias Ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguna vez un tribunal penal ha encontrado que el cliente es: (marque todo lo que corresponda)

No apto para ser juzgado (UST)? Si No Fecha(s) de hallazgo de UST: _____

No culpable por razon de locura (NGRI)? Si No Fecha(s) de hallazgo de NGRI: _____

Informacion de Respaldo: Proporcione informacion adicional sobre la participacon legal actual y anterior del cliente, incluidos los articulos calificados como 2 y 3 en el Modulo de Justicia/Crimen. Incluya informacion sobre cualquier hallazgo de UST o NGRI, incluyendo si los cargos fueron por un delito menor o un delito grave.

4b. Factores en el entorno actual

Identificar los factores en el entorno actual del cliente que pueden crear amenazas a la seguridad personal del cliente (por ejemplo, participacion en pandillas, violencia domestica, abuso activo, acceso a armas, etc.).

5. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS

[L] MODULO DE USO DE SUSTANCIAS (Para completar cuando las necesidades conductuales/emocionales, el articulo de uso de sustancias tiene una calificacion de 1, 2 o 3)

Articulo	0	1	2	3	Articulo	n/a	0	1	2	3
Severidad de uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Influencias entre compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duracion de uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-21: Influencias de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etapa de recuperacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Soporte de recuperacion en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influencias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Informacion de respaldo: Proporcione informacion adicional sobre el abuso de sustancias/alcohol del cliente (incluidos los articulos del Modulo de uso de sustancias calificados 2 y 3, si se completan). Especifique el inicio, el tipo, incluido el tabaco y la cafeina, la frecuencia, la cantidad y el nivel de deterioro (por ejemplo, falta de trabajo/escuela, aplicacion de la ley/encarcelamiento, nivel de preocupacion de la familia e intentos de intervenir).

Tratamiento previo de abuso de sustancias: Si No

Quando	Donde	Con quien	Razon

6. HISTORIAL DE COLOCACION

Describe las colocaciones anteriores y actuales fuera del hogar para el cliente, incluidos refugios, cuidado de crianza, hogar grupal, hogar de ancianos, detencion/encarcelamiento, etc El cliente no ha tenido ninguna colocacion fuera del hogar.

7. INFORMACION PSIQUIATRICA

7a. Problemas psiquiatricos

Describir problemas psiquiatricos significativos, tratamientos y resultados.

7b. Historial general de salud mental

Evaluacion psicologica previa: Si No Fecha: _____ IQ: _____ Evaluacion psiquiatrica previa: Si No Fecha: _____
 Necesidades de evaluacion: Pruebas psicologicas Evaluacion psiquiatrica Servicios de salud mental ambulatorios previos: Si No

Quando	Donde	Con quien	Razon

7c. Estado Mental: Documente las observaciones clinicas para apoyar el estado mental actual del cliente como se indica a continuacion.

Apariencia y comportamiento:

Amenazador:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Humor:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> Deprimido	<input type="checkbox"/> Maniaco	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Enojado
Suicida:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expansivo	<input type="checkbox"/> Labil			
Homicida:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Afecto:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Enojado	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Constreñido
Control de impulsos:	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Bien		<input type="checkbox"/> Inapropiado				
Alucinante:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Conocimiento:	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Justo	<input type="checkbox"/> Malo		
Delirante:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Orientacion:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> Deteriorado			
Juicio:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> deteriorado	Cognicion:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> Asocaciones informales/Desorganizadas			
Memoria:	<input type="checkbox"/> WNL	<input type="checkbox"/> deteriorado	Tenga en cuenta: WNL = dentro de los limites normales					

8. FORTALEZAS DEL CLIENTE 0 = Fortaleza pieza central 1 = Fortaleza util 2 = Fortaleza identificada 3 = Fortaleza aun no identificada

FORTALEZAS DEL CLIENTE	n/a	0	1	2	3		n/a	0	1	2	3
Fortaleza familiar/Apoyo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Talentos e Intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexion social/Interpersonal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Identidad Cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soportes Naturales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Conexion con la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espiritual/Religioso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6+: Participacion en la atencion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entorno Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Vocacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-21: Permanencia de la relacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16+: Historial de trabajo/Voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2+: Resiliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21+: Autocuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6+: Optimismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Informacion de Respaldo: Proporcione informacion adicional sobre las fortalezas del cliente (articulos calificados 0 y 1) – los aspectos de la comunidad y las personas en la red del cliente que brindan soporte y los rasgos del cliente que el/ella ha utilizado para lograr sus objetivos.

9. INFORMACION FAMILIAR

9a. Antecedentes familiares relevantes

Describe los eventos precipitados y otros eventos significativos de la vida que conducen a la situacion actual (por ejemplo, divorcio, inmigracion, nivel de aculturacion/asimilacion, perdidas, mudanzas, dificultades financieras, etc.). Por favor, incluya: 1) antecedentes familiares de enfermedad mental, 2) participacion actual en la corte (cliente y familia).

9b. Consideraciones culturales

FACTORES CULTURALES	0	1	2	3		0	1	2	3
Idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estres Cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tradiciones y Rituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Iniciales del cliente: Fecha de nacimiento:
--

Información de respaldo: Proporcione información adicional sobre los factores culturales (artículos calificados 2 y 3) que puedan influir en la presentación de problemas (por ejemplo, etnia, raza, religión, práctica espiritual, orientación sexual, transgénero, estatus socioeconómico, entorno de vida, etc.).

10. EVALUACION DE NECESIDADES/RECURSOS				
<input type="checkbox"/> Ninguna. No se diagnosticaron necesidades/recursos adicionales.				
<input type="checkbox"/> Acceso a los alimentos	<input type="checkbox"/> Pruebas educativas	<input type="checkbox"/> Mentoría	<input type="checkbox"/> Asistencia Financiera	<input type="checkbox"/> Asistencia de Inmigración
<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia Legal	<input type="checkbox"/> Salud Física	<input type="checkbox"/> Servicio de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			

11. DIAGNOSTICO				
Diagnostico DSM-5:		Diagnostico ICD- 10:		Preventivo
Codigo de Diagnostico	Nombre DSM-5	Codigo de Diagnostico	Nombre ICD-10	Diagnostico
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

12. RESUMEN DE LA EVALUACION DE LA SALUD MENTAL

Analisis resumido y conclusion sobre la necesidad medica de los servicios. Vincule toda la informacion clave sobre las necesidades de salud mental y el diagnostico del cliente aqui.

13. EVALUACIONES ADICIONALES DEL FUNCIONAMIENTO DEL CLIENTE RECOMENDADOS POR LPHA No hay evaluaciones adicionales

14. RESUMEN DE LA NECESIDADES Y FORTALEZAS CANS PRIORIZADAS

14a. CANS Elementos procesables a considerar para la planificacion del tratamiento

Antecedentes – Experiencias de trauma		Antecedentes - Otras necesidades	
Articulo:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Necesidades del objetivo del tratamiento		Necesidades de resultados anticipados	
Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pieza central/Fortalezas utiles		Fortalezas para construir	
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Recursos para cuidadores		Necesidades del cuidador	
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Articulo:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Articulo:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

15. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL

15a. Declaracion de la vision del cliente y la familia sobre el tratamiento

15b. Preferencias de servicio al cliente y a la familia

Iniciales del cliente: Fecha de nacimiento:
--

--

16. Metas y objetivos del tratamiento		Fecha del plan de tratamiento: _____
Todas las metas y objetivos del tratamiento deben indicarse en el lenguaje del cliente/familia y deben relacionarse con los elementos procesables de CANS identificados en el recuadro 14a. Las metas son resultados específicos y observables relacionados con el funcionamiento que resultan de la orientación de los síntomas y comportamientos. Los objetivos son los pasos específicos para alcanzar la meta.		
Artículo(s) CANS: Objetivo del cliente 1:		Estado del objetivo: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
Objetivos clínicos		
Objetivo 1a.		
Objetivo 1b.		
Objetivo 1c.		
Artículo(s) CANS Objetivo del cliente 2:		Estado del objetivo: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
Objetivos clínicos		
Objetivo 2a.		
Objetivo 2b.		
Objetivo 2c.		
Artículo(s) CANS Objetivo del cliente 3:		Estado del objetivo: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
Objetivos clínicos		
Objetivo 3a.		
Objetivo 3b.		
Objetivo 3c.		
Artículo(s) CANS Objetivo del cliente 4:		Estado del objetivo: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
Objetivos clínicos		
Objetivo 4a.		
Objetivo 4b.		
Objetivo 4c.		
Artículo(s) CANS Objetivo del cliente 5:		Estado del objetivo: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
Objetivos clínicos		
Objetivo 5a.		
Objetivo 5b.		

Iniciales del cliente:	Fecha de nacimiento:
Inicial <input type="checkbox"/>	Actualizacion <input type="checkbox"/>
	Reevaluacion <input type="checkbox"/>

Objetivo 5c.	
-----------------	--

