

### Illinois Medicaid Evaluacion Integral de Necesidades y Fortalezas (IM+CANS)

1. INFORMACION GENERAL						
<b>Nombre y Apellido del Cliente:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>RIN:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Fuente de referencia:</b>	<b>Fecha de primer contacto</b>
<b>Numero de Telefono:</b>	<b>Idioma principal:</b>	<b>Servicios de Interpretacion:</b> <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: _____				
<b>Direccion:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Codigo Postal:</b>	<b>Condado:</b>	
<b>Ciudadano Estadounidense</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Raza:</b> <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: _____	<b>Origen Etnico:</b>		<input type="checkbox"/> Hispanico <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Cobertura de Seguro y Compañia</b> <input type="checkbox"/> N/A		<b>Tamaño del Hogar</b>	<b>Ingresos del Hogar:</b>	<b>Estatus Marital:</b> <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Pareja Domestica		
<b>Estado de Tutela:</b>	<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: _____	<b>Situacion Laboral:</b>	<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
<b>Arreglo de Vivienda:</b>		<input type="checkbox"/> Vive sola/o <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: _____
<b>Nivel Educativo</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Grad 4-5 <input type="checkbox"/> Diploma o/GED <input type="checkbox"/> Comercio/Capacitacion Tecnica <input type="checkbox"/> U /Doctora <input type="checkbox"/> Pre-K/Kindergarten <input type="checkbox"/> Grad 6-8 <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> # h <input type="checkbox"/> Grad 1-3 <input type="checkbox"/> Grad 9-12 <input type="checkbox"/> Titulo de Asociado <input type="checkbox"/> O				
<b>@</b> V k # V u <b>P</b> ) # : - # h # : _____		<b>@</b> V k # V u : <b>#</b> ) : # : - : # h : _____				
<b>U</b> # 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
<b>Apoyos Establecidos</b>	<b>Agencia</b>	<b>Nombre de Contacto</b>	<b>Telefono</b>	<b>Correo Electronico</b>		
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 individuales 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"/>
Negligencia	<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. Presentación de la situación y presentación de síntomas**

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: Normativa	<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"/>	Adormecimiento	<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+: Sueño	<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+: Comunicacion 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+: Normativa	<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	<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"/>
De 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"/>

<b>Iniciales del cliente:</b> <b>Fecha de nacimiento:</b>
--

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"/>					

<b>Iniciales del cliente:</b> <b>Fecha de nacimiento:</b>
--

**Informacion de respaldo:** Proporcione informacion adicional sobre los factores culturales (articulos calificados 2 y 3) que puedan influir en la presentacion de problemas (por ejemplo, etnia, raza, religion, practica espiritual, orientacion sexual, transgenero, estatus socioeconomico, 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 Fisica	<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. Elementos de accion del CANS 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 la casilla 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.		
<b>Artículo(s) CANS:</b> _____		<b>Estado del objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
<b>Objetivo del cliente 1:</b>		
<b>Objetivos clínicos</b>		
Objetivo 1a.		
Objetivo 1b.		
Objetivo 1c.		
<b>Artículo(s) CANS</b>		<b>Estado del objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
<b>Objetivo del cliente 2:</b>		
<b>Objetivos clínicos</b>		
Objetivo 2a.		
Objetivo 2b.		
Objetivo 2c.		
<b>Artículo(s) CANS</b>		<b>Estado del objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
<b>Objetivo del cliente 3:</b>		
<b>Objetivos clínicos</b>		
Objetivo 3a.		
Objetivo 3b.		
Objetivo 3c.		
<b>Artículo(s) CANS</b>		<b>Estado del objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
<b>Objetivo del cliente 4:</b>		
<b>Objetivos clínicos</b>		
Objetivo 4a.		
Objetivo 4b.		
Objetivo 4c.		
<b>Artículo(s) CANS</b>		<b>Estado del objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Descontinuar <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____
<b>Objetivo del cliente 5:</b>		
<b>Objetivos clínicos</b>		
Objetivo 5a.		
Objetivo 5b.		

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

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

Utilice la clave de servicio y la clave de modo a continuación para completar la sección de servicio del plan de tratamiento. Para los servicios no enumerados, indique "otros" en la línea Tipo de servicio y especifique los servicios/intervenciones que se llevarán a cabo.

TIPO DE SERVICIO	CLAVE	TIPO DE SERVICIO	CLAVE	TIPO DE SERVICIO	CLAVE	TIPO DE SERVICIO	CLAVE
Terapia/Consejería	TC	Tratamiento de comunicación asertiva	ACT	vínculo de transición, cuidado posterior	TLA	Administración de medicamentos psiquiátricos	PMA
Apoyo a la comunidad	CS	Manejo de Casos -Salud Mental	MH	Paciente ambulatorio intensivo en salud mental	IO	Monitoreo de medicamentos psiquiátricos	PMM
Equipo de soporte de la comunidad	CST	<b>Manejo de casos -Consulta Centrada en el Cliente</b>	CCC	Rehabilitación Psicosocial	PSR	Formación psicomédica	PMT
<b>CLAVE DE MODO DE SERVICIO</b>				<b>CLAVE DEL LUGAR DE SERVICIO</b>			
Individual= I	Grupo= G	Familiar= F	Residencial= R	en-sitio= EN		Fuera-del-sitio= FUERA	

17. Servicios/Intervenciones							
Objetivo(s)	Tipo de servicio	Modo	Lugar de servicio	Cantidad	Frecuencia	Duración	Agencia y Personal Responsable

**FIRMAS IM+CANS**

Al firmar esto, usted acepta que ha participado en la evaluación de salud mental y el proceso de planificación del tratamiento y que se le ha entregado una copia del IM+CANS. Usted acepta que ha tenido la oportunidad de revisar el IM+CANS en su totalidad, y que el contenido se le ha explicado en un idioma que usted entiende. Usted entiende los riesgos y beneficios de los servicios descritos en el plan de tratamiento y acepta los servicios como se indica en este plan. **Por favor, documente si un joven de 12 años de edad o mas se niega a firmar.**

FIRMA DEL CLIENTE (requerida para todos los clientes de 12 años de edad o mas)			FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL		
Cliente (imprimir nombre)	Firma	Fecha(mm/dd/aaaa)	Padre/Tutor Legal (imprimir nombre)	Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

PERSONAL RESPONSABLE DEL DESARROLLO, REVISIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA FIRMA IM+CANS			
Personal que completa el formulario (imprimir nombre)	Credenciales	Autorizador LPHA (imprimir nombre)	Credenciales
Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)	Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)