

Hoja de información básica del afiliado

Nombres de los miembros de la familia	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad
---------------------------------------	----------------------	---------------------	------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

En caso de emergencia llamar a

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Móvil para urgencias/crisis: _____

Departamento de Policía: _____

Bomberos: _____

Ambulancia: _____

Control de envenenamiento: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del terapeuta: _____ Teléfono: _____

Información del seguro de salud/Medicaid: _____

Diagnóstico médico: _____

Diagnóstico de salud mental: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Instrucciones especiales: _____

*****Una Hoja para cada miembro del hogar*****

Mantenga al alcance de las personas encargadas en caso de emergencia

Hoja del plan para crisis

El "Plan para crisis" se desarrolló para ayudar a preparar el manejo de situaciones específicas que frecuentemente conducen a interacciones estresantes o agravantes.

Función	Nombre	Número	Alternativo
----------------	---------------	---------------	--------------------

Terapeuta

Médico

Equipo móvil para crisis

Persona de apoyo natural

Administrador del caso

Coordinador de servicios

Compañero/compañero especialista en familia

Defensor familiar

Preocupación actual (Comportamientos específicos, eventos precipitados, riesgos, etc.):

¿Qué ha ayudado a la familia en el pasado y ahora?:

Plan para crisis

Paso 1: _____

Paso 2: _____

Paso 3: _____

Registro de individuos con quienes se comunicó durante una crisis

Fecha/Hora: _____ Organización: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

Motivo: _____

Resumen: _____

Fecha/Hora: _____ Organización: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

Motivo: _____

Resumen: _____

Hospitalizaciones, si las hubo

Nombre del hospital: _____ Ciudad: _____

Tiempo de estadía: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Motivo de la hospitalización: _____

Plan de salida: _____

Nombre del Hospital: _____ Ciudad: _____

Tiempo de estadía: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Motivo de la hospitalización: _____

Plan de salida: _____

Nombre del hospital: _____ Ciudad: _____

Tiempo de estadía: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Motivo de la hospitalización: _____

Plan de salida: _____

Información actual de contactos médicos para: _____

Médico de atención primaria

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre de la enfermeras: _____

Dirección: _____

Especialistas

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Otros (recreativo, educativo, laboral, apoyo, DCF, DSS, etc.)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____

Alergias

Alergia a: _____ Reacción: _____
Alergias a: _____ Reacción: _____
Alergias a: _____ Reacción: _____
Alergias a: _____ Reacción: _____

Historia de medicamentos

Medicamento	Fecha de inicio	Dosis/Frecuencia	Propósito	Algún efecto secundario
--------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------------------------

Farmacia: _____ Teléfono: _____
Nombre del farmaceuta: _____
Dirección: _____

Registro de información de la salud mental actual del afiliado

Síntomas y diagnósticos actuales si se conocen

Fecha: _____

Describa las inquietudes actuales

Fecha: _____

Describa intervenciones y recomendaciones actuales

Fecha: _____

Describa metas y prioridades actuales

Fecha: _____

Síntomas y diagnósticos actuales si se conocen

Fecha: _____

Describa las inquietudes actuales

Fecha: _____

Describa las intervenciones y recomendaciones actuales

Fecha: _____

Describa las metas y prioridades actuales

Fecha: _____

Registro de llamadas telefónicas y reuniones

Fecha: _____ Hora: _____ Llamada telefónica: _____ Reunión: _____

Llamada/reunión con: _____

Motivo: _____

Resumen: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Llamada telefónica: _____ Reunión: _____

Llamada/reunión con: _____

Motivo: _____

Resumen: _____

Registro de citas del afiliado

Fecha: _____ Cita con: _____

Motivo de la cita: _____

Preguntas a hacer: _____

Resultados y recomendaciones: _____

Referidos (si las hay): _____

Próxima cita: _____

Fecha: _____ Cita con: _____

Motivo de la cita: _____

Preguntas a hacer: _____

Resultados y recomendaciones: _____

Referidos (si las hay): _____

Próxima cita: _____

Fecha: _____ Cita con: _____

Motivo de la cita: _____

Preguntas a hacer: _____

Resultados y recomendaciones: _____

Referidos (si las hay): _____

Próxima cita: _____