

**REINICIAR**



**HFS**  
Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

- Inicial
- Reevaluación
- Alta

**Evaluación Integral de Necesidades y Fortalezas de Illinois Medicaid (IM+CANS)**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

<b>Nombre y apellido del cliente:</b>		<b>Fecha de nac.:</b>	<b>RIN:</b>	<b>Género:</b>	<b>Fuente de la derivación:</b>	<b>Fecha del primer contacto:</b>
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Idioma principal:</b>	<b>Servicios de interpretación:</b> <input type="checkbox"/> No requeridos <input type="checkbox"/> TDD/TYY <input type="checkbox"/> Idioma hablado: _____ <input type="checkbox"/> Lengua de señas estadounidense <input type="checkbox"/> Otro: _____				
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>	
<b>Ciudadano estadounidense:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
<b>Cobertura de seguro y compañía:</b> <input type="checkbox"/> N/C		<b>Tamaño del grupo familiar:</b>	<b>Ingresos del grupo familiar:</b>	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
<b>Estado de tutela:</b>	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Padre/madre biológico/a <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo/a	<input type="checkbox"/> Joven tutelado <input type="checkbox"/> Otro tribunal designado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Situación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Persona dedicada al hogar	<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado para trabajar	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado	
<b>Situación habitacional:</b>	<input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Vive con sus padres, familiares o tutores <input type="checkbox"/> Centro público (salud mental/discapacidad del desarrollo) <input type="checkbox"/> Cárcel o centro penitenciario		<input type="checkbox"/> Entorno residencial/institucional (residencia, hogar de ancianos, refugio) <input type="checkbox"/> Vivienda comunitaria integrada (CILA) <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Nivel de estudios:</b> (último completado)	<input type="checkbox"/> Nunca asistió <input type="checkbox"/> 4.º a 5.º grado <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Capacitación técnica o en oficios <input type="checkbox"/> Maestría/doctorado <input type="checkbox"/> Prekínder/kínder <input type="checkbox"/> 6.º a 8.º grado <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> 1.º a 3.º grado <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado <input type="checkbox"/> Grado de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura					
<b>Información sobre el padre/la madre, el tutor o la pareja</b>	<b>Nombre y apellido:</b>		<b>Relación con el cliente:</b> <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Pareja		<b>Número de teléfono:</b>	
	<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>	
<b>Información de contacto en caso de emergencia</b>	<b>Nombre y apellido:</b>		<b>Relación con el cliente:</b>		<b>Número de teléfono:</b>	
	<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>		
<b>Miembros de la constelación familiar</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación con el cliente</b>	<b>¿Vive en el hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Apoyos establecidos</b>	<b>Agencia</b>	<b>Nombre del contacto</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>		
Médico						
Escuela/guardería						
Consejero/terapeuta						
Trabajador social infantil						
Agente de ISC/PAS						
Oficial de libertad condicional						
Otro: _____						
Otro: _____						
Otro: _____						

---

En el caso del **dominio de exposición al trauma**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

No = desconocido, no revelado actualmente o sin indicios de trauma de este tipo.

Sí = la persona ha experimentado, en el pasado o en la actualidad, o se sospecha que ha experimentado este tipo de trauma: un incidente, varios incidentes o experiencias a largo plazo y continuas.

---

#### EXPOSICIONES POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS

Abuso o agresión sexuales	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Abuso o agresión físicos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Negligencia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Abuso emocional	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trauma médico	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Catástrofe natural o provocada por el ser humano	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia familiar	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia en la escuela o la comunidad	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Actividad delictiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Afectado por la guerra o el terrorismo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alteraciones en el cuidado/ pérdidas de apego	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Conducta delictiva de los padres	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

---

**Información complementaria:** proporcione información adicional sobre el tipo de trauma experimentado por la persona (indicadores calificados como "sí") y la edad en que ocurrió. Se pueden documentar aquí otras exposiciones a traumas no contempladas en ninguno de los indicadores anteriores.

---

En el caso del **dominio de necesidades del comportamiento/emocionales**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 No hay indicios de necesidad; no es necesario tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere seguimiento, observación expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospecha o desacuerdos.
- 2 Necesidad que interfiere con el funcionamiento. Se requiere tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.
- 3 Necesidad peligrosa o incapacitante; requiere una medida inmediata o intensiva.

**DOMINIO DE NECESIDADES DEL COMPORTAMIENTO/EMOCIONALES**

Depresión	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 3: Control de la ira/tol. a la	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Ansiedad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	frustración	
Trastorno alimentario	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Consumo de sustancias	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Adaptación al trauma [A]	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Comportamientos adictivos	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Comportamientos atípicos/repetitivos [B]	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Psicosis (trastorno del	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Regulador	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	pensamiento)	
0 a 5: Retraso del desarrollo	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Conducta/comportamiento	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
3 a 18: Comportamiento de	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	antisocial	
oposición		Más de 6: Manía	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Más de 3:	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 16: Problemas interpersonales	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Impulsividad/hiperactividad		Más de 21: Somatización	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[A] Síntomas de estrés traumático (todas las edades)**

**[B] Necesidades del desarrollo (todas las edades)**

Desregulación emocional o física	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Aspecto cognitivo	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Intrusiones/reexperimentación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Desarrollo	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Hiperactivación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Cuidado personal/habilidades	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Dificultades de apego	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	para la vida diaria	
Duelo traumático y separación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Espectro autista	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Adormecimiento	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Aspecto sensorial	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Disociación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Aspecto motor	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Evitación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Regulador	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**Información complementaria:** proporcione información adicional sobre la situación actual y los síntomas (indicadores con calificación "2" o "3" del dominio de necesidades del comportamiento/emocionales y Módulos A y B).

En el caso del **dominio de funcionalidad**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 No hay indicios de necesidad; no es necesario tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere seguimiento, observación expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospecha o desacuerdos.
- 2 Necesidad que interfiere con el funcionamiento. Se requiere tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.
- 3 Necesidad peligrosa o incapacitante; requiere una medida inmediata o intensiva.

**DOMINIO DE FUNCIONALIDAD**

Funcionamiento de la familia	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	0 a 21: Escuela/preescolar/guardería [C]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Situación de vida	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 1: Sueño	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Estabilidad de vivienda	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 3: Toma de decisiones	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Funcionamiento social	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Legal [L]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Recreación/juego	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Desarrollo sexual	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Aspecto intelectual/del desarrollo [B]*	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 12: Relaciones íntimas	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Comunicación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 16: Funcionamiento en el	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Aspecto médico/físico	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	trabajo/empleo [D]	
Cumplimiento con los medicamentos	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 16: Rol de padre/madre/cuidador [E]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Transporte	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 16: Habilidades para la vida independiente [F]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Aspecto motor	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 21: Actividades básicas de la vida diaria	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Aspecto sensorial	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 21: Rutinas	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Persistencia/curiosidad/adaptabilidad	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 21: Comunicación funcional	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Evacuación	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 21: Acaparamiento	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		Más de 21: Soledad	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

\* Complete el Módulo de necesidades del desarrollo en la pág. 3.

**[C] Escuela/preescolar/guardería (de 0 a 21 años)**

Comportamiento en la escuela/el preescolar/la guardería	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Logros en la escuela/el preescolar/la guardería	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Asistencia a la escuela/el preescolar/la guardería	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Relaciones con los maestros	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[L] Justicia/delito (más de 6 años)**

Gravedad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Antecedentes	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Arrestos	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Seguridad de la comunidad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Cumplimiento legal	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Influencias de los compañeros	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Influencias del entorno	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[D] Educación vocacional/profesional (más de 16 años)**

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

**[E] Paternidad/cuidado (más de 16 años)**

Conocimiento de las necesidades	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Supervisión	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Participación en el cuidado	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Organización	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Violencia marital/de pareja en el hogar	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>

**[F] Actividades independientes de la vida diaria (más de 16 años)**

Preparación de comidas	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Compras	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Administración del dinero	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Uso de dispositivos de comunicación	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Seguridad de la vivienda	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>

---

**Información complementaria:** también se debe incluir en la descripción información sobre el impacto de la situación actual en el funcionamiento de la persona (indicadores con calificación "2" o "3" del dominio de funcionalidad o los Módulos B a F).

---

En el caso del **dominio de comportamientos de riesgo**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 No hay indicios de necesidad o comportamientos de riesgo; no es necesario tomar medidas.
- 1 Necesidad o comportamiento de riesgo que requiere seguimiento, observación expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospecha o desacuerdos.
- 2 Necesidad o comportamiento de riesgo que interfieren con el funcionamiento. Se requiere tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.
- 3 Necesidad o comportamiento de riesgo peligrosos o incapacitantes. Se requiere una medida intensiva o inmediata para abordar la necesidad o el comportamiento de riesgo.

**DOMINIO DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO**

Victimización/explotación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Agresión sexual [I]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Autolesión	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Intimidación a otros	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Cuidado prenatal	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Comportamiento autolesivo no suicida	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
0 a 5: Peso al nacer	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Otra autolesión	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
3 a 21: Riesgo de fuga/huida [G]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Peligro para los demás [J]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Más de 3: Riesgo de suicidio [H]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Incendio [K]	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Más de 3: Mal comportamiento intencionado	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Comportamiento delictivo/criminal [L]*	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Más de 6: Comportamiento sexual problemático	NC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

\* Complete el Módulo de justicia/delito en la pág. 4.

**[G] Huida (de 3 a 21 años)**

Frecuencia de huidas	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Constancia del destino	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Seguridad del destino	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Participación en actividades ilegales	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Probabilidad de regreso por cuenta propia	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Expectativas realistas	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[H] Riesgo de suicidio (más de 3 años)**

Ideación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Intención	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Antecedentes de intentos	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Conciencia del suicidio de otras personas	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

**[I] Comportamiento sexual agresivo (más de 6 años)**

Relación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Fuerza física/amenaza/coerción	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Diferencia de edad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Diferencia de poder	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Tipo de acto sexual	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Respuesta ante acusaciones	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[J] Peligrosidad (más de 6 años)**

Riesgos emocionales/conductuales	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Hostilidad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Pensamiento paranoico	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Beneficios secundarios de la ira	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Pensamiento violento	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Intención	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Antecedentes de violencia	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Factores de resiliencia	
Conciencia del potencial de violencia	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Respuesta ante consecuencias	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Compromiso con el autocontrol	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**[K] Incendio (más de 6 años)**

Antecedentes	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Gravedad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Planificación	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Uso de acelerantes	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Intención de provocar daños en la comunidad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Seguridad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Respuesta ante acusaciones	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Remordimiento	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Probabilidad de futuros incendios	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

<b>Iniciales del cliente:</b> <b>Fecha de nac.:</b>
--

---

**Información complementaria:** proporcione información adicional sobre los comportamientos de riesgo de la persona (indicadores con calificación “2” o “3” del dominio de comportamientos de riesgo, incluido el comportamiento agresivo/violento o el peligro para los demás) y el nivel de afectación (p. ej., suspensión escolar, servicios de crisis, hospitalización).

---

**Factores del entorno actual**

Identifique los factores del entorno actual de la persona que puedan constituir una amenaza para su seguridad personal (p. ej., vinculación con pandillas, violencia doméstica, abuso activo, acceso a armas).

---

**HISTORIAL DE COLOCACIONES**

Indique las colocaciones fuera del hogar anteriores y actuales de la persona (p. ej., refugios, hogares de acogida, hogares grupales, hogares de ancianos).

La persona no ha tenido ninguna colocación fuera del hogar.

---

**INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**Antecedentes generales de salud mental**

¿Alguna vez se le ha realizado a la persona una evaluación psicológica?  No  Sí Fecha: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha realizado a la persona una evaluación psiquiátrica?  No  Sí Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Tratamiento previo de salud mental**

Mencione cualquier tratamiento previo de salud mental que haya recibido la persona. Incluya los tipos de servicios recibidos, cuándo, dónde, con quién y el motivo del tratamiento, incluidos los diagnósticos previos tratados (si se conocen).

**7b. Estado mental**

**Observaciones**

Aspecto:  Prolijo  Desaliñado  Inadecuado  Estrafalario  Otro: \_\_\_\_\_

Habla:  Normal  Errática  Empobrecida  Apresurada  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto visual:  Normal  Intenso  Evasivo  Otro: \_\_\_\_\_

Actividad motora:  Normal  Intranquila  Con tics  Lenta  Otro: \_\_\_\_\_

Afecto:  Total  Frágil  Enojado  Aplanado  Restringido  Otro: \_\_\_\_\_

**Estado de ánimo**

Normal  Depresivo  Eufórico  Ansioso  Enojado  Irritable  Otro: \_\_\_\_\_

**Cognición**

Trastorno de la orientación:  Ninguno  Lugar  Objeto  Persona  Tiempo

Trastorno de la memoria:  Ninguno  A corto plazo  A largo plazo  Otro: \_\_\_\_\_

Atención:  Normal  Distraída  Otro: \_\_\_\_\_

**Pensamientos y percepción**

Alucinaciones:  Ninguno  Auditivas  Visuales  Otro: \_\_\_\_\_

Suicidas:  Sí  No

Homicidas:  Sí  No

Delirios:  Ninguno  De grandeza  Paranoides  Religiosos  Otro: \_\_\_\_\_

**Comportamiento**

Cooperativo  Cauteloso  Hiperactivo  Agitado  Paranoide  Agresivo  Extraño

Retraído  Otro: \_\_\_\_\_

**Juicio**

Bueno  Regular  Deficiente

**Perspicacia**

Buena  Regular  Deficiente

**Información complementaria:** documente las observaciones clínicas para respaldar el estado mental actual de la persona como se indicó anteriormente.



En el caso del **dominio de fortalezas**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Fortaleza central bien desarrollada; se puede utilizar como elemento central en un plan de intervención/acción.
- 1 Fortaleza identificada y útil. La fortaleza se utilizará, se mantendrá o se desarrollará como parte del plan. Puede requerir cierto esfuerzo para que la fortaleza se convierta en una fortaleza central.
- 2 Se identificaron fortalezas, pero es necesario realizar esfuerzos para desarrollarlas antes de poder utilizarlas eficazmente como parte de un plan. Identificadas, pero no útiles.
- 3 Un área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se pueden recomendar esfuerzos para desarrollar una fortaleza en esta área.

**DOMINIO DE FORTALEZAS**

Fortalezas/apoyo de la familia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Talentos e intereses	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Conexión interpersonal/social	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Identidad cultural	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Apoyos naturales	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Conexión con la	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Espiritual/religiosa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	comunidad						
Entorno educativo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Más de 6: Participación en el	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
0 a 21: Permanencia de la	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	cuidado					
relación					Más de 16: Vocacional	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Más de 2: Resiliencia	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Más de 16: Historial	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Más de 6: Optimismo	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	laboral/voluntariado					
					Más de 21: Cuidado personal	NC <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

**Información complementaria:** proporcione información adicional sobre las fortalezas útiles de la persona (indicadores con calificación "0" y "1"), los aspectos de la comunidad y las personas en su red de apoyo, y los rasgos de la persona que ha utilizado para lograr sus objetivos.

**INFORMACIÓN FAMILIAR**  
**Antecedentes familiares pertinentes**

Describa los acontecimientos desencadenantes y otros acontecimientos importantes de la vida familiar que condujeron a la situación actual (p. ej., divorcio, inmigración, pérdidas, mudanzas, dificultades financieras). Incluya información no contemplada en otras partes de la IM+CANS relacionada con lo siguiente: 1) antecedentes familiares de problemas de salud conductual, 2) implicación actual en tribunales (cliente y familia).

En el caso del **dominio de necesidades culturales**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 No hay indicios de necesidad; no es necesario tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere seguimiento, observación expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospecha o desacuerdos.
- 2 Necesidad que interfiere con el funcionamiento. Se requiere tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.
- 3 Necesidad peligrosa o incapacitante; requiere una medida inmediata o intensiva.

**DOMINIO DE NECESIDADES CULTURALES**

Idioma y alfabetización	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		Tensión cultural	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tradiciones y rituales culturales	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>						

**Información complementaria:** proporcione información adicional sobre las necesidades culturales (indicadores con calificación "2" y "3") que pueden influir en los problemas actuales (p. ej., origen étnico, raza, religión, práctica espiritual, orientación sexual, transgénero, nivel socioeconómico, entorno de vida, nivel de aculturación/asimilación).

**DIAGNÓSTICO SEGÚN LA ICD-10**

Código de ICD-10	Nombre de ICD-10	Diagnóstico preventivo
------------------	------------------	------------------------

_____	_____	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

_____	_____	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

_____	_____	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

_____	_____	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

_____	_____	<input type="checkbox"/>
-------	-------	--------------------------

**Información adicional:** utilice este espacio si hay alguna información adicional que sea útil documentar sobre el diagnóstico de la persona que no esté contemplada en otra parte de la IM+CANS (p. ej., diagnósticos descartados, resultados de evaluaciones de diagnóstico que contribuyeron a fundamentar el diagnóstico indicado).

**RESUMEN DE EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL**

Análisis resumido y conclusión sobre la necesidad médica de los servicios. Vincule aquí toda la información clave sobre las necesidades y el diagnóstico de salud mental de la persona.

**12. RESUMEN DE LAS NECESIDADES Y LAS FORTALEZAS PRIORIZADAS DE LA CANS**

**Puntos prácticos de la CANS que se deben tener en cuenta en la planificación de la atención**

<b>Antecedentes: experiencias traumáticas</b>		<b>Antecedentes: otras necesidades</b>	
Punto:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>Necesidades objetivo del tratamiento</b>		<b>Necesidades de resultados previstos</b>	
Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>Fortalezas centrales/útiles</b>		<b>Fortalezas para desarrollar</b>	
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>Recursos para cuidadores</b>		<b>Necesidades de los cuidadores</b>	
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Punto:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Punto:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

**13. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL**

**13a. Declaración de la visión de la persona y la familia**

¿Cómo quieren la persona y la familia que sea su vida después del tratamiento?

**13b. Preferencias de la persona y la familia sobre el servicio**

Documente cualquier preferencia que tengan la persona y la familia en relación con los servicios (p. ej., tipos de servicios, ubicación, modalidades, hora del día, preferencias con respecto a los profesionales).

**13c. Objetivos centrados en la persona y la familia**

Los objetivos se deben expresar en el idioma de la persona/familia y deben guardar relación con los puntos prácticos priorizados de la CANS. Los objetivos son resultados específicos y observables relacionados con el funcionamiento que se obtienen al abordar los síntomas y los comportamientos. Para las personas que trabajan con varios proveedores de salud conductual o en programas de coordinación de la atención, esto debe incluir todos los objetivos del tratamiento abordados por todos los proveedores de tratamiento.

**Objetivo n.º 1:**  
 Punto(s) de la CANS:  
 Estado del objetivo 1:  Nuevo  Continuo  Suspendido  Finalizado

---

**Objetivo n.º 2:**  
 Punto(s) de la CANS:  
 Estado del objetivo 2:  Nuevo  Continuo  Suspendido  Finalizado

---

**Objetivo n.º 3:**  
 Punto(s) de la CANS:  
 Estado del objetivo 3:  Nuevo  Continuo  Suspendido  Finalizado

---

**Objetivo n.º 4:**  
 Punto(s) de la CANS:  
 Estado del objetivo 4:  Nuevo  Continuo  Suspendido  Finalizado

---

**Objetivo n.º 5:**  
 Punto(s) de la CANS:  
 Estado del objetivo 5:  Nuevo  Continuo  Suspendido  Finalizado

<b>14. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO</b>	<b>Fecha de la última actualización:</b>
--------------------------------------	--

**Proveedor principal de la IM+CANS:**

**Otros proveedores de tratamiento:**

Los objetivos del tratamiento en la Sección 14 deben corresponder a un objetivo documentado en la Sección 13 anterior. Cada proveedor de tratamiento individual que trabaje con la persona y la familia puede completar por separado la Sección 14, pero no es obligatorio. Las actualizaciones de los objetivos del tratamiento deben compartirse con el proveedor principal de la IM+CANS al menos como parte de cada reevaluación de la IM+CANS.

**OBJETIVO 1:**

**Objetivos clínicos**

- Obj. 1a.
- Obj. 1b.
- Obj. 1c.

**OBJETIVO 2:**

**Objetivos clínicos**

- Obj. 2a.
- Obj. 2b.
- Obj. 2c.

**OBJETIVO 3:**

**Objetivos clínicos**

- Obj. 3a.
- Obj. 3b.
- Obj. 3c.

**OBJETIVO 4:**

**Objetivos clínicos**

- Obj. 4a.
- Obj. 4b.
- Obj. 4c.

**OBJETIVO 5:**

**Objetivos clínicos**

- Obj. 5a.
- Obj. 5b.
- Obj. 5c.

**Progreso:** utilice este espacio para documentar el progreso hacia los objetivos del tratamiento y cualquier otra información útil que pueda servir de base para el plan de atención continua de la persona.

