

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

Nombre y apellido del cliente:		Fecha de nac.:	RIN:	Género:	Fuente de la derivación:	Fecha del primer contacto:
Número de teléfono:	Idioma principal:	Servicios de interpretación: <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: _____				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:	
Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza: <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: _____	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
Cobertura de seguro y compañía: <input type="checkbox"/> N/C		Tamaño del grupo familiar:	Ingresos del grupo familiar:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
Estado de tutela:	<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: _____	Situación laboral: <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	
Situación habitacional:	<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: _____			
Nivel de estudios: (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"/> 1.º a 3.º grado <input type="checkbox"/> 6.º a 8.º grado <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado <input type="checkbox"/> Grado de asociado		<input type="checkbox"/> Capacitación técnica o en oficios <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría/doctorado			
Información sobre el padre/la madre, el tutor o la pareja	Nombre y apellido:		Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Pareja		Número de teléfono:	
	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:	
Información de contacto en caso de emergencia	Nombre y apellido:		Relación con el cliente:		Número de teléfono:	
	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Miembros de la constelación familiar	Nombre	Edad	Relación con el cliente	¿Vive en el hogar? <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		
Apoyos establecidos	Agencia	Nombre del contacto	Teléfono	Correo electrónico		
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)

[L] Justicia/delito (más de 6 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"/>

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 1 2 3
Supervisión 0 1 2 3
Participación en el cuidado 0 1 2 3
Organización 0 1 2 3
Violencia marital/de pareja en el hogar 0 1 2 3

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

Preparación de comidas 0 1 2 3
Compras 0 1 2 3
Tareas domésticas 0 1 2 3
Administración del dinero 0 1 2 3
Uso de dispositivos de comunicación 0 1 2 3
Seguridad de la vivienda 0 1 2 3

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"/>

Iniciales del cliente: Fecha de nac.:
--

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"/>	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"/>	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"/>	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 1 2 3

Tradiciones y rituales culturales 0 1 2 3

Tensión cultural 0 1 2 3

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

Antecedentes: experiencias traumáticas		Antecedentes: otras necesidades	
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
Necesidades objetivo del tratamiento		Necesidades de resultados previstos	
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
Fortalezas centrales/útiles		Fortalezas para desarrollar	
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
Recursos para cuidadores		Necesidades de los cuidadores	
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

14. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Fecha de la última actualización:

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.

15. SERVICIOS/INTERVENCIONES DE SALUD CONDUCTUAL RECOMENDADOS

La Sección 15 debe incluir todos los servicios que el profesional del arte de curar (LPHA) mencionado a continuación autoriza dentro del alcance de su práctica, independientemente de la fuente de financiación. Otros servicios recomendados se deben documentar en las Secciones 16 a 18, independientemente de la fuente de financiación.

Objetivo(s)	Nombre del servicio (consultar el Apéndice A de la IM+CANS para ver la clave)	Monto (¿cuánto?)	Frecuencia (¿cuán a menudo?)	Duración (¿cuánto tiempo?)	Médico que presta el servicio (indicar solo 1 agencia o profesional individual)

16. OTRAS NECESIDADES DE SALUD Y SOCIALES RELACIONADAS CON LA SALUD

- Acceso a alimentos Exámenes educativos Empleo Ayuda económica Necesidades médicas
- Vestimenta Orientación Transporte Servicios para trastornos por consumo de sustancias
- Vivienda Tutoría Asistencia legal Asistencia en materia de inmigración
- Otra (especifique): _____

17. EVALUACIONES ADICIONALES/EVALUACIONES DEL FUNCIONAMIENTO RECOMENDADAS POR EL LPHA

- Ninguna recomendación adicional Pruebas psicológicas Evaluación psiquiátrica

18. DERIVACIONES A OTROS RECURSOS/PROVEEDORES

Utilice el espacio a continuación para documentar información sobre las derivaciones dadas a la persona/familia y las medidas de seguimiento pertinentes que se tomaron.

19. FIRMAS DE LA IM+CANS

Firma de la persona (obligatoria para personas mayores de 12 años) La persona se negó.

 Persona (nombre en letra de imprenta) Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del padre/madre/tutor N/C

 Padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta) Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

Firmas del proveedor principal de la IM+CANS

 Miembro del personal responsable (nombre en letra de imprenta) Credenciales Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

 LPHA que autoriza (nombre en letra de imprenta) Credenciales Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

Firmas de otros proveedores de la IM+CANS N/C

Las firmas de cada agencia que preste servicios de la Sección 15 anterior se deben obtener como parte de cada evaluación inicial y reevaluación de la IM+CANS, así como de cualquier actualización importante del plan de atención individual. Las firmas de otros proveedores de la IM+CANS se pueden obtener después de la firma del LPHA que autoriza.

 Miembro del personal colaborador (nombre en letra de imprenta) Agencia Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

 Miembro del personal colaborador (nombre en letra de imprenta) Agencia Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

 Miembro del personal colaborador (nombre en letra de imprenta) Agencia Firma Fecha (mm/dd/aaaa)

 Miembro del personal colaborador (nombre en letra de imprenta) Agencia Firma Fecha (mm/dd/aaaa)