

Plan de tratamiento de los Servicios Terapéuticos del Comportamiento (TBS)

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA _____

Agencia de TBS

Especialista/instructor de TBS

Fecha

Persona designada

Elegibilidad

- En riesgo de hospitalización psiquiátrica (5150 o 5585)
- En riesgo de colocación en STRTP
- Hospitalización psiquiátrica en los últimos 24 meses
- Se permite la transición a un nivel de atención inferior
- Ha recibido previamente TBS siendo miembro de una clase certificada

Recomendación de servicio

Total de horas/semana: _____

(_____ horas/día, _____ días/semana)

N.º estimado de semanas de TBS: _____
(no debe superar las 12 semanas)

Lugar del servicio:

- Residencia
- Escuela
- Otro: _____

Residencia actual

- Familia inmediata
- Familia extendida
- Hogar de acogida
- STRTP
- Otro: _____

Equipo de tratamiento actual

- Psiquiatra
- Terapeuta
- Trabajador social
- Asistencia Integral
- Otro: _____
- Otro: _____

Información de identificación: Edad: _____ Raza/origen étnico: _____

Sexo: Sexo: Masculino Femenino Transgénero No binario Otro _____

Situación de vida:

Puntos fuertes del cliente/familia:

Comportamiento objetivo:

Comportamiento:

Frecuencia:

Leve:

Moderado:

Grave:

Duración:

Latencia:

Factores desencadenantes:

Función:

Conductas adaptativas, estrategias reactivas e intervenciones:

¿Se requiere refuerzo?: No Sí (*describa*)

Objetivo:

Obstáculos previstos para el éxito:

Plan de desvinculación y transición:

Información adicional:

Agencia de TBS

Firma del cliente

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del padre/cuidador

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del especialista de TBS

Nombre en letra de imprenta/Matrícula/Designación

Fecha

Firma del supervisor clínico de TBS

Nombre en letra de imprenta/Matrícula/Designación

Fecha

SOLO USO CLÍNICO

Si no hay firma del cliente/padre en este plan, documente el motivo: