



Reestable

Plan de coordinación de la atención

Fecha: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono (Particular): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

El plan de coordinación de la atención está diseñado como un documento de trabajo para desarrollar objetivos junto con su coordinador de la atención, que lo ayudará en su proceso de recuperación. Es importante recordar lo siguiente cuando establezca sus propios objetivos:

- Los objetivos deben ser SMART: eSpecíficos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con límite de Tiempo
• Su plan de coordinación de la atención se tiene que relacionar con sus objetivos generales a largo plazo.
• Tómese el tiempo suficiente para desarrollar objetivos a largo plazo. No se espera que los objetivos a largo plazo se alcancen en un marco de tiempo establecido.

Se sugieren las siguientes preguntas que posiblemente lo ayuden a guiar el desarrollo de los objetivos:

- ¿Quiénes son las personas en su vida que pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos?
• ¿Quiénes son las personas en su vida que pueden crear una dificultad para alcanzar sus objetivos?
• ¿Cómo sería su vida si pudiera cumplir sus objetivos?
• ¿Cómo sería su vida si no pudiera cumplir sus objetivos?
• ¿Qué obstáculos tiene ahora y cómo influyen en su vida?

Objetivo a largo plazo núm. 1:
Escriba su objetivo: \_\_\_\_\_ O:  El objetivo a largo plazo no se desarrolló durante esta sesión
Escriba los obstáculos para lograr este objetivo: \_\_\_\_\_
Notas: \_\_\_\_\_

Objetivo a largo plazo núm. 2:
Escriba su objetivo: \_\_\_\_\_ O:  El objetivo a largo plazo no se desarrolló durante esta sesión
Escriba los obstáculos para lograr este objetivo: \_\_\_\_\_
Notas: \_\_\_\_\_

Indique las áreas del objetivo que se incluyen en la siguiente lista:
 Necesidad inmediata  Estado de la vivienda  Cumplimiento del tratamiento farmacológico  Trastornos por consumo de sustancias
 Necesidades lingüísticas  Sistema de apoyo  Salud dental  Salud mental
 Servicios de orientación  Seguro Médico/Medi-Cal  Finanzas  Encarcelamiento/asuntos legales

<input type="checkbox"/> Estado migratorio	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Problemas de seguridad	<input type="checkbox"/> Hábitos saludables/nutrición/ejercicio físico
<input type="checkbox"/> Necesidades de servicios de apoyo	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Servicios para los niños y las familias	<input type="checkbox"/> Capacitación laboral/educativa
<input type="checkbox"/> Empleo	Otro (especifique)		

**Paso 1. Área:**

Indique el objetivo de esta área:

Acción	Personas responsables de ayudarlo a lograr este objetivo	Fecha límite	Fecha en la que se alcanzó o se modificó el objetivo
1.			
2.			
3.			
Notas:			
Remisión hecha <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO:			

**Paso 2. Área:**

Indique el objetivo de esta área:

Acción	Personas responsables de ayudarlo a lograr este objetivo	Fecha límite	Fecha en la que se alcanzó o se modificó el objetivo
1.			
2.			
3.			
Notas:			
Remisión hecha <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO:			

Nombre del cliente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del coordinador de la atención: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del profesional sanitario autorizado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_