

Plan de Tratamiento Individualizado Propuesto para la Internación Involuntaria de Paciente Ambulatorio e Internación Involuntaria Continua de Paciente Ambulatorio

Conforme al capítulo 394.4655 de las Leyes de Florida, se ha presentado una petición de Internación Involuntaria de Paciente Ambulatorio para solicitar a _____ que cumpla con el plan de tratamiento aprobado por el tribunal.

El siguiente plan de tratamiento propuesto ha sido desarrollado en consulta con la persona mencionada anteriormente (o la persona sustituta legalmente autorizada para tomar decisiones, si estuviera designada) para consideración del tribunal por parte del siguiente prestador de servicios designado por el Department of Children and Families (Departamento de Menores y Familias) o por una institución receptora designada.

Nombre del Prestador de Servicios Asignado: _____

Nombre y Documentos de la Persona que Desarrolla el Plan de Tratamiento Propuesto: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

La naturaleza y la magnitud de la enfermedad mental de la persona es la siguiente: _____

En este, plan de tratamiento se proponen los siguientes servicios específicos, que incluyen el servicio específico que se debe proveer, la organización que prestará cada servicio, la acreditación u otros documentos de la organización o profesional que brinda cada servicio y la frecuencia y duración de cada servicio:

1. Servicios que reducirán los síntomas que necesitan internación involuntaria de paciente ambulatorio, incluidos objetivos mensurables y objetivos para los servicios y el tratamiento que se deben proveer para tratar la enfermedad mental de la persona: _____

2. Servicios que reducirán los síntomas, incluidos objetivos mensurables para los servicios y el tratamiento, que son provistos para ayudar a la persona a vivir y funcionar en la comunidad. _____

3. Servicios que reducirán los síntomas, incluidos objetivos mensurables, para los servicios y el tratamiento que sean provistos con el fin de evitar una recaída o deterioro: _____

Los prestadores de servicios podrán seleccionar y supervisar a otras personas para implementar aspectos específicos del plan de tratamiento. Otras personas distintas de las empleadas por el prestador de servicios anteriormente nombrado, y sus documentos, que se espera que ayuden a prestar los servicios descritos en este plan de tratamiento son: _____

CONTINÚA

**Plan de Tratamiento Individualizado Propuesto para la
Internación Involuntaria de Paciente Ambulatorio e
Internación Involuntaria Continua de Paciente Ambulatorio (página 2)**

Soy médico, psicólogo clínico, enfermera psiquiátrica, asesor de salud mental, terapeuta en cuestiones matrimoniales y familiares o trabajador social clínico, según lo define la Ley Baker. Consulto con, o soy empleado o contratado por, el prestador de servicios y he determinado que los servicios, el personal y las organizaciones descritas en este plan de tratamiento propuesto son clínicamente adecuadas.

Firma del Profesional Clínico

Nombre del Profesional Clínico

Fecha

El prestador de servicios certifica ante el tribunal que todos los servicios descritos en el plan de tratamiento propuesto para la mejora y estabilización de la persona están:

- Actualmente disponibles en la comunidad local Existe espacio disponible para atender a esta persona
Existen fondos disponibles para financiar la atención y El prestador de servicios acepta prestar dichos servicios.

La naturaleza y el alcance de la participación de la persona en la preparación de este plan de tratamiento propuesto son los siguientes: _____

Los comentarios sobre el plan de tratamiento propuesto por la persona son los siguientes: _____

Firma de la Persona a Cargo de Preparar el Plan

Nombre de la Persona
a Cargo de Preparar el Plan

Fecha

El prestador de servicios también entregará una copia del plan de tratamiento propuesto a la persona y al administrador de la institución receptora. Para las personas en instituciones de tratamiento estatales a quienes se les ordene tratamiento involuntario de paciente ambulatorio, la institución de tratamiento deberá enviar una copia del formulario de alta de salud mental estatal al representante del departamento en el condado donde la persona residirá, que es el condado donde se debe presentar la solicitud.