PLANEACIÓN DE APOYO INDIVIDUAL

La información obtenida en esta sección incluyen las recolecciones de: los problemas de salud y seguridad, preferencias individuales; así como las prioridades y necesidades que promueven el proceso de planeación centrada en la persona para el desarrollo de resultados y acercamientos positivos en el apoyo del individuo.

Nombre del Individuo:	
Nombre del Coordinador de Apoyo:	
Fecha:	

Usted puede usar los **enlaces** abajo provistos para un rápido acceso a cualquiera de las áreas del **PLANEACIÓN DE APOYO INDIVIDUAL (PAI)**. Dirija el cursor a la extrema derecha donde se le provee en la barra de acceso un boton para regresar a la página anterior y otro para adelantar a la próxima.

Instrucciones
Inicio del Plan

Preferencias Individuales

- Gustar y Admirar
- Saber y Hacer
- Actividades Deseadas
- Importante para el Individuo
- Lo Que Tiene Sentido

Médico

- Medicamentos/Suplementos
- Alergias
- Evaluaciones de Salud
- Contactos Médicos
- *Historial Médico*
  - Estado de Salud Actual
  - De Desarrollo Información
  - Información Psicosocial
  - Evaluación Física
  - Inmunización/Refuerzo

Salud y Seguridad

- *Área de Enfoque*
  - Salud General y Riesgos de Seguridad
  - Seguridad contra un Incendio
  - Tránsito
  - Cocinar/Uso de Aparato Doméstico
  - Aparato Doméstico para Exteriores
  - Seguridad con el Agua
  - Precauciones de Seguridad
  - Conocimiento de Autoidentificación
  - Conocimiento de Gente Extraña
  - Preocupaciones Sensoriales
  - Alimentos/Comer
- *Necesidades de Cuidado de Supervisión*
  - Razones para Personal Intensivo
  - Relación del Personal - Día
  - Relación del Personal - Hogar
  - Relación del Personal
- Plan de Apoyo de Comportamiento
- Plan de Apoyo de Crisis
- Cuidado de Salud
- Promoción de Salud

Información Funcional

- *Nivel Funcional*
  - Desarrollo Físico
  - Adaptivo/Autoayuda
  - Aprendizaje/ Enseñanza
  - Comunicación
  - Social/Emocional Información
  - Información Vocacional/ Educacional
  - Empleo
- Comprendiendo la Comunicación
- Otra Evaluación no Médica

Financiero

- Información Financiera
- Puntos de Administración Financiera
- Recursos Financieros

Apoyos y Servicios

- Resumen del Resultado
- Acciones de Resultado

Monitoreo

Instrucciones:

Para **Navegar en** la tabla, dirija el cursor dentro de los espacios en blanco y anote la información. También puede usarse el botón [Tab] del teclado para avanzar de de lugar a lugar en la tabla.

Para **Anotar la Información** asegúrese que el cursor este en la celda correspondiente y comience a escribir. La celda se alargará conforme se anota el texto.

Para **Crear Renglones Adicionales** en secciones tales como: Importante para el Individuo, Medicamentos, Resultados, etc.

1. Ilumine el segundo **juego** de renglones en blanco para copiar del margen izquierdo.
   Nota: Si el primer renglón es cortado y pegado, el hipervínculo de la página 2 no irá más a la primera anotación por el área de PAI. Sin en cambio, el hipervínculo irá al ultimo conjunto de renglones pegados a esta sección.
2. Haga Clic en Editar, Copiar.
3. Inmediatamente haga clic en Editar, Pegar Renglones.
4. Aparecerán renglones adicionales debajo de los renglones iluminados.
5. Continúe a pegar los renglones hasta que haya suficientes renglones para la información.

MCI #		**Dirección postal y/o residencial**	
BSU #		**Ciudad, Estado, Código Postal**	
No. de SS		**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento		**Sexo**	
***"Waiver"/ Tipo de Programa**			
***Fecha de Inicio Sugerida** (DD/MM/AAAA)			
***Fecha de Terminación Sugerida** (DD/MM/AAAA):			

***Categoría para cambios en el Plan (PAI):**
Si hay un cambio en el Plan como: resultado de las circumstancias del individuo, una revisión en la priorización de las necesidades del individuo a través de PUNS. El PAI se deberá de revisar sino ha habido ningún cambio en las meta(s), si la(s) meta(s) se ha(n) descontinuado y/o si la(s) meta(s) necesita ser añadida.

Revisión Anual - *es utilizado cuando se realiza plan anual. El plan anual debe comenzar después de que termine el ya existente. La revisión anual es el día que el equipo del individuo conviene que los resúmenes de resultados y las acciones de resultados del PAI están terminados y son apropiados. Las revisiones mensuales y trimestrales se originan a partir de esta fecha. Para aquellos condados que usen el modelo del año fiscal, la fecha de inicio/ terminación se refiere al año fiscal PAI.*	
Revisión Crítica - *Usada cuando cambian los apoyos, servicios o fondos del individuo en un plan actual o futuro.*	
Revisión Semestral - *Usada para PAI que requieren 2 revisiones por año. Puede ser usada para editar o actualizar un plan existente. Esta opción no le permitirá al Coordinador de Apoyo modificar las fechas de inicio y terminación del plan.*	

	Creación del Plan - *Es usado cuando el plan es creado por primera vez.*	
	Revisión Trimestral – *Es usada para los PAI que deben revisarse al menos cada 3 meses a partir de la fecha de la Revisión Anual. Esta forma se utiliza por el Especialista del Programa al llevar las Revisiones Trimestrales.*	
	Actualización General - *Usado para actualizar información demográfica o médica. Este no debe ser usado cuando se modifican servicios y apoyos.*	

***Pidió el individuo /la familia un servicio limitado y un plan abreviado:** (sí o no)	
Razón para un plan abreviado:	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: PREFERENCIA INDIVIDUAL: *GUSTAR Y ADMIRAR*	
¿Qué es lo que la gente le gusta y admira del individuo? *Esta es una lista de atributos que les gustan a otras personas y encuentran admirable sobre el individuo, como es trato positivo, características, forma de interactuar, logros y fortalezas. Esta información define el tono para el plan y debe reunirse desde múltiples puntos de vista. La intención es resaltar las cualidades admirables del individuo y presentar únicamente su reputación "positiva".*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: PREFERENCIA INDIVIDUAL: *SABER Y HACER*	
¿Qué es lo que el consumidor/ la familia piensa que necesita alguien para proporcionarle apoyo? *El responder "¿Qué la persona necesita saber y hacer la gente para dar apoyo al individuo?" describe la información que la gente necesita saber y hacer para que el individuo obtenga lo que es importante en relación a su seguridad y salud. Considere todo lo que sea importante para que el individuo, determine si existe algo que deban saber aquellos que le brindan apoyo. Asegúrese de preguntar al individuo y a terceros que mejor lo conozcan. Descubra qué tendencias, hábitos, estrategias para hacer frente a, preferencias para interactuar y comunicarse, relaciones, tipos de actividades, enfoques o recordatorios han sido útiles para el individuo. Incluya los apoyos necesarios y las habilidades cotidianas y la exploración de las vías que son o podrían ser más agradables para el individuo como son oportunidades de empleo, establecer relaciones con la comunidad, participar totalmente en la vida de la comunidad, votar, aprender nuevas habilidades o actividades relacionadas con otras personas, ayudar a terceros (como voluntarios comunitarios), relaciones, citas, etc. Si encuentra más información detallada en el plan como en la Promoción de Salud o Comunicación, incluya una declaración que se refiera a un área del plan.*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: PREFERENCIA INDIVIDUAL: *ACTIVIDADES DESEADAS*	

¿Cuáles son las actividades que le gustaría participar o explorar el individuo? *Debe de documentarse las actividades que el individuo quisiera continuar, comenzar o explorar en un futuro en Actividades Deseadas. Esta información puede ayudar a que el Equipo de Apoyo (Circle) genere resultados con el individuo que puedan ayudarle a explorar actividades que son importantes para éste, como son oportunidades de empleo, establecer relaciones con la comunidad, participar totalmente en la vida comunitaria, votar, aprender nuevas habilidades o pasatiempos, cosas que son o podrían ser agradables para el individuo, con relación con otras personas, ayudar a terceros (como voluntarios comunitarios), relaciones, citas, etc.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: PREFERENCIA INDIVIDUAL: ***IMPORTANTE PARA EL INDIVIDUO***

La sección Importante Para menciona y da prioridad a las cosas que son importantes para el individuo. Describe cosas también que necesitan seguir en la vida del individuo y/o los cambios que son importantes para que el equipo lleve a cabo. Únicamente deberán incluirse aquí las cosas que son importantes PARA el individuo desde el punto de vista de éste. Lo que es importante EN RELACIÓN AL individuo pueden ser añadidas capturase en otras áreas del plan como en Salud y Seguridad.

Esta información debe reflejar quién y qué es importante para el individuo con relación a terceros y sus interacciones, en cosas que hace o tiene, en el ritmo de vida o en rutinas positivas. Además, se deberá tener en cuenta: personas que lo quieren, situaciones laborales actuales, oportunidades de empleo, arreglos de vivienda, relaciones comunitarias recreativas, necesidades espirituales y preferencias de fe. Lo anterior puede incluir el trabajo voluntario en la comunidad y el conocer a los vecinos, etc.

Las cosas que son importantes para el individuo deben relacionarse con resultados.

Se clasifican en dos niveles de prioridad:

- *Esencial: Aquellas cosas mencionadas que deben y/o no deben estar presentes en la vida del individuo para que un buen día se presente.*
- *Fuertemente deseadas: Aquellas cosas mencionadas que pueden contribuir fuertemente a la felicidad del individuo pero que no son perjudiciales para su bienestar si no están presentes.*

***Prioridad** (Fuertemente deseado o Esencial)	***Importante para el Individuo**

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: PREFERENCIA INDIVIDUAL: ***LO QUE TIENE SENTIDO***

La sección Lo Que Tiene Sentido del plan se utiliza para capturar la información sobre qué experiencias tienen sentido o no en la vida del individuo EN ESTE MOMENTO. Por ejemplo, haga la pregunta "¿Qué hace actualmente más significativas o fáciles las experiencias de vida del individuo?" Cuando se refiere a "lo que tiene sentido", una expresión alterna puede ser: ¿qué es lo que se encuentra "bien" en este momento en la experiencia actual de vida del individuo y qué necesita mantenerse? Las cosas que ocurren actualmente pero que no sirven y necesitan cambiarse deberán llamarse "lo que no tiene sentido ".

En esta sección se planea y se une lo que para el individuo es importante y lo que es realmente necesario para este a traves de acciones específicas que deberán tomarse para asegurar que estas estén en balance. Esta información ayuda a hacer la agenda sobre lo que debe cambiarse y lo que necesita continuar. Se basa en las perspectivas de diversas personas que se preocupan por el individuo. Esta sección es la fundación para las áreas de negociación de desacuerdos. NO es una lista de deseos ni es una recopilación de cosas que no suceden actualmente, pero pensamos que puede ser útil o agradable para el individuo. Está diseñada como una "imagen de la realidad actual desde varias perspectivas".

***De quién es al Perspectiva** *Identifique de quienes es esta visión (individuo, familia, otros miembros del equipo).*	
Lo Que Tiene Sentido *¿Qué es lo que funciona? ¿Qué es lo que se necesita mantener /fortalecer? Las situaciones positivas actuales del individuo.*	
Que Es Lo Que No Tiene Sentido *¿Qué es lo que no funciona? ¿Qué se necesita cambiar? ¿Qué necesita ser diferente? (el lado malo de las experiencias de vida actuales del individuo).*	
***De quien es ~~al~~ la Perspectiva** *Identifique de quienes es esta visión (individuo, familia, otros miembros del equipo).*	
Lo Que Tiene Sentido *¿Qué es lo que funciona? ¿Qué es lo que se necesita mantener /fortalecer? Las situaciones positivas actuales del individuo.*	
Que Es Lo Que No Tiene Sentido *¿Qué es lo que no funciona? ¿Qué se necesita cambiar? ¿Qué necesita ser diferente? (el lado malo de las experiencias de vida actuales del individuo).*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: MEDICO: ***MEDICAMENTOS/SUPLEMENT0S*** **(*Y TRATAMIENTOS*)**

La razón para el uso de medicamentos debe reflejarse en el diagnóstico o en las instrucciones especiales.

***Diagnóstico** *Registre el diagnóstico específico, condiciones o potencial – NO los síntomas.*	
***Nombre del Medicamento/Suplemento** *Incluya las los medicamentos por receta medica, sin receta, así como suplementos naturales o alimenticios:*	
***Dosis/cantidades**:	
***Frecuencia**: (Marque la adecuada)	___ QD-1 vez al día ___BID- 2 veces al día ___ TID- 3 veces al día ___ QID – 4 veces al día ___ PRN cuando sea necesario ___ HS antes de dormir ___ Otro (explique las instrucciones especiales)
***Vía**: (Marque la adecuada)	___ Oral ___ Gotas ___ Tubo G ___ Tubo J ___ Inhalante ___ Intramuscular ___ Intravenoso ___ Nasal ___ Tubo NG ___ Rectalmente ___ Parche en la Piel ___ Subcutáneamente ___ Sublingual ___ Tópica ___ Vaginalmente
***¿Requiere Análisis de Sangre**? (Sí o No) *El análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio que prescriba un doctor.* *Si su respuesta es sí, el registro del análisis de sangre/ pruebas de laboratorio resulta en el Estado de Salud Actual. Los resultados del nivel de psicotrópicos en la sangre pueden aparecer tanto en el Estado de Salud Actual como en la Información Psicológica.*	
En tal caso, ¿Qué tan frecuente?	
***¿Se Auto receta la Persona?** (Sí o No)	
Nombre del Doctor que Receta (Apellido, Nombre)	
***Instrucciones Especiales /Precauciones** *Incluya otros medicamentos que están contra-indicados o medicamentos de apoyo que pueden ser necesarios, etc.*	

***Diagnóstico** *Registre el diagnóstico específico, condiciones o potencial – NO los síntomas.*	
***Nombre del Medicamento/Suplemento** *Incluya las los medicamentos por receta medica, sin receta, así como suplementos naturales o alimenticios:*	
***Dosis/cantidades**:	
***Frecuencia**: (Marque la adecuada)	___ QD-1 vez al día ___BID- 2 veces al día ___ TID- 3 veces al día ___ QID – 4 veces al día ___ PRN cuando sea necesario ___ HS antes de dormir ___ Otro (explique las instrucciones especiales)
***Vía**: (Marque la adecuada)	___ Oral ___ Gotas ___ Tubo G ___ Tubo J __ Inhalante ___ Intramuscular ___ Intravenoso ___ Nasal ___ Tubo NG ___ Rectalmente ___ Parche en la Piel ___ Subcutáneamente ___ Sublingual ___ Tópica ___ Vaginalmente
***¿Requiere Análisis de Sangre**? (Sí o No) *El análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio que prescriba un doctor.* *Si su respuesta es sí, el registro del análisis de sangre/ pruebas de laboratorio resulta en el Estado de Salud Actual. Los resultados del nivel de psicotrópicos en la sangre pueden aparecer tanto en el Estado de Salud Actual como en la Información Psicológica.*	
En tal caso, ¿Qué tan frecuente?	

***¿Se Auto receta la Persona?** (Sí o No)	
Nombre del Doctor que Receta (Apellido, Nombre)	
***Instrucciones Especiales /Precauciones** *Incluya otros medicamentos que están contra-indicados o medicamentos de apoyo que pueden ser necesarios, etc.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: MEDICO: ***ALERGIAS MEDICAS***

Registre todas las sensibilidades y alergias conocidas, incluyendo reacciones a alimentos, piquetes de insectos, estacionales, animales, látex, alergias a los medicamentos, reacciones o contraindicaciones, etc. No deje espacios en blanco. Si no conoce las alergias, escriba NKA (no hay alergias conocidas) para "Alergia Conocida" y N/A para "Reacción" y "Respuesta Requerida".

***Alergia Conocida**	
***Reacción**	
***Respuesta Requerida**	
***Alergia Conocida**	
***Reacción**	
***Respuesta Requerida**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: MEDICO: ***EVALUACIONES DE SALUD***

Incluya todas las evaluaciones conocidas completadas por cualquier profesional del cuidado de la salud en los últimos 12 meses incluyendo de manera enunciativa más no limitativa a doctores, dentistas, psiquiatras, especialistas aliados de la salud (terapeutas, dietistas, etc.). Estos pueden incluir chequeos de rutina, programados frecuentemente y anuales así como evaluaciones inesperadas (cuidado intensivo). Deberá incluirse la información del contacto médico que se relacione con el examen en Contactos Médicos. Los resultados de las pruebas y la necesidad de seguimiento deberán detallarse en el Estado de Salud Actual.

***Tipo de Evaluación** (Audiológico, Dental, GYN, Oído, Mamograma, Física, Próstata, TB – Mantoux, Visión, Psiquiatra). Si hay "Otra", especifique:	
***Tipo de Especialista**	
***Contacto Médico**	
***¿Fue Considerada la Administración de Diabetes?** *Si la persona ha sido diagnosticada con diabetes seleccione "Sí" o "No" para indicar si fue considerada la administración de diabetes. Seleccione "N/A" si la persona no tiene diabetes o si nos es una pregunta apropiada para esta evaluación.* *Responda "Sí" si la persona asistió a una clase de educación de diabetes, se le enseñó como controlar su diabetes incluyendo monitoreo y control de glucosa de la sangre, dieta, ejercicio, que hacer durante una enfermedad, y evaluar para complicaciones de diabetes tales como la vista y problemas del pie; o si la persona trabaja con un técnico clínico referente a controlar su diabetes.*	
Si la respuesta es Sí, anote los detalles *Provea una explicación de las acciones tomadas.*	
Fecha de la Evaluación (DD/MM/AAAA)	
***Frecuencia de la Evaluación:** (Semanal, Mensual, Trimestral, Cada Seis Meses, Anual, Cada dos Años, Como sea Necesaria)	

Persona Responsable por el Arreglo/Terminarla (Individual, Familiar, Proveedor, Otro si hay otro, especifique)	
***Tipo de Evaluación** (Audiológico, Dental, GYN, Oído, Mamograma, Física, Próstata, TB – Mantoux, Visión, Psiquiatra, Otra). Si hay "Otra", especifique:	
***Tipo de Especialista**	
***Contacto Médico**	
***¿Fue Considerada la Administración de Diabetes?** *Si la persona ha sido diagnosticada con diabetes seleccione "Sí" o "No" para indicar si fue considerada la administración de diabetes. Seleccione "N/A" si la persona no tiene diabetes o si nos es una pregunta apropiada para esta evaluación.* *Responda "Sí" si la persona asistió a una clase de educación de diabetes, se le enseñó como controlar su diabetes incluyendo monitoreo y control de glucosa de la sangre, dieta, ejercicio, que hacer durante una enfermedad, y evaluar para complicaciones de diabetes tales como la vista y problemas del pie; o si la persona trabaja con un técnico clínico referente a controlar su diabetes.*	
Si la respuesta es Sí, anote los detalles *Provea una explicación de las acciones tomadas.*	
Fecha de la Evaluación (DD/MM/AAAA)	
***Frecuencia de la Evaluación:** (Semanal, Mensual, Trimestral, Cada Seis Meses, Anual, Cada dos Años, Como sea Necesaria)	
Persona Responsable por el Arreglo/Terminarla (Individual, Familiar, Proveedor, Otro si hay otro, especifique)	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: MEDICO: ***CONTACTOS MEDICOS***

Incluya la información de (los) contacto(s) médico(s) actual(es) como lo son: doctores, dentistas, psiquiatras, profesionales aliados de la salud, especialistas, etc. que se haya visto en los últimos 12 meses o cualquier especialista que se haya visto en el pasado SI es que visitará en un futuro por una condición recurrente. Para prácticas en grupo, indique el doctor preferido, asignado o el último doctor que haya visto en la práctica.

*** Nombre**			
***Apellido**			
Segundo Nombre		**Clínica**	
Tipo de Especialista			
Dirección			
Ciudad, Estado Código Postal			
Número Telefónico** ***(123)456-7890			
Número de Fax (123)456-7890			

*** Nombre**			
***Apellido**			
Segundo Nombre		**Clínica**	
Tipo de Especialista			
Dirección			
Ciudad, Estado Código Postal			
Número Telefónico *(123)456-7890			
Número de Fax (123)456-7890			

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: MEDICO: *HISTORIA MEDICA*

Al llenar la información en la Historia Médica, incluya la información de la Historia Médica hasta el presente y los cambios importantes que apliquen. Mencione dónde se encuentra el historial médico y cómo se puede tener acceso a éste en para futuras referencias.

Estado de Salud Actual *Incluya un resumen de los problemas de salud y las posibles soluciones que hayan ocurrido en los últimos 12 meses. La información deberá incluir un resumen de los problemas de salud y las soluciones como son hospitalizaciones, cirugías, nuevos diagnósticos, recomendaciones médicas, pruebas, análisis de sangre y recomendaciones para el equipo de adaptación. Analice los resultados de las citas médicas recientes. Se deben incluir los resultados de cualquier prueba mencionada en Evaluaciones de Salud.*	
Información de Desarrollo *Esta sección se utiliza para registrar puntos importantes del desarrollo que ocurrieron hasta que el individuo haya cumplido los 22 años, si se conocen, por ejemplo cuándo comenzó a caminar, hablar, sentarse, comer por sí solo, y aprendió habilidades cotidianas como comer o vestirse. Incluya una descripción congénita o síndrome genético o etiología, si hubiera. Registre cualquier problema de salud importante que haya ocurrido al nacimiento u otros incidentes que hayan tenido un impacto en el desarrollo del individuo, como es la hospitalizacion, visitas a la sala de emergencias, cirugías, etc. Se deberá incluir documentación si existe discapacidad y fecha del diagnóstico. Se deberá llenar una historia médica de toda la vida de acuerdo con el Boletín MR 00-94-32 y deberá actualizase cada año. Indique dónde se registró la historia médica y cómo se puede tener acceso a ésta.*	

Información Psicosocial: *Describa el comportamiento significante, los puntos psiquiátricos o salud mental, incluyendo el diagnóstico, especialmente dentro los últimos 12 meses. Enliste los síntomas actuales relacionados a los puntos de salud mental incluyendo el nivel de irritación, cambios repentinos de estado de ánimo hábitos de dormir. Incluye un resumen de recomendaciones para tratar estos puntos. Si el individuo tiene suficiente información histórica, indique el lugar físico donde se puede encontrar esta información y resumir los puntos clave. Debe llenarse un cuestionario psiquiátrico como es requerido en los boletines de OMHSAS y OMR por la gente que tiene ya tiene un diagnóstico de una enfermedad mental, o recibe medicamento psicotrópico para tratamiento de una enfermedad mental o problema de comportamiento y continúa teniendo síntomas activos o retos de comportamiento: Coordinación de tratamiento y apoyo a la gente con un diagnóstico de enfermedad mental sería quien también tiene un diagnóstico de retardación mental. La información de ese cuestionario debe ser resumida en ésta sección y/ o en la sección de l Historial Médico del PAI.*	

Evaluación Física

Utilice esta área del plan para capturar el historial de salud a largo plazo si continúa siendo información que alguien debería conocer para dar apoyo al individuo. Registre cada diagnóstico relacionado con las diversas áreas de sistema del cuerpo del individuo; problemas médicos importantes, etc. Al desarrollar los planes, revise el Estado de Salud Actual y los Medicamentos para determinar las Áreas de Sistema del Cuerpo. Seleccione cualquier área de sistema que tenga un impacto en la vida del individuo.

***Área de Sistema** *Únicamente incluya aquellas áreas de sistema del cuerpo en las que el individuo tenga o haya tenido un problema.* Visión: *ojos* Respiratorio: *pulmones* Linfático Dental: *dientes* Oído: *oídos* Digestivo: *estómago* *Sistema sanguíneo* Integumentario: *piel* Endocrino: *glándulas hormonas* Cardiovascular: *corazón, vasos sanguíneos* Sistema Nervioso: *nervios, función cerebral* Músculo esquelético: *músculos, huesos* Genitourinario: *genitales, función urinaria*	***Descripción** *Proporcione información específica sobre los problemas del sistema del cuerpo y describa cómo brindar apoyo al individuo. Ejemplo: usa lentes, necesita que le ayuden a ponerse los lentes.*

Inmunización /Refuerzo

Registre todas las vacunas o refuerzos que actualmente se sepa que el individuo ha recibido. Esta sección deberá actualizarse con nuevas fechas cuando al individuo se le apliquen las vacunas.

	Hepatitis B	

	Difteria	
	Tétanos	
	Tos ferina	
	Haemofilus Gripe Tipo B	
	Poliomielitis	
	Sarampión común y/o aleman	
	Paperas	
	Rubéola	
	Varicela	
	Tuberculina	
	Pneumovax	
	Otra, explique	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SALUD Y SEGURIDAD: ***AREA DE ENFOQUE***

Al llenar el área de Salud y Seguridad del plan, incluya la fuente de información, por ejemplo, el titulo o rol de la persona o si se le proporcionó por medio de una evaluación. Las áreas de Salud y Seguridad del plan pueden tratar los requerimientos de licencia para los servicios residenciales y otros servicios con licencias. Deberá registrarse un resumen de la información de evaluación y las habilidades y necesidades en cada área. Mencione si no existe una evaluación para un área particular. Para cualquier riesgo identificado, ponga atención en el nivel de supervisión necesario para la seguridad del individuo y regístrelo en las Necesidades de Cuidado de Supervisión.

Salud General y Riesgos de Seguridad *Registre las habilidades de automedicación, necesidades y una explicación si el individuo no está trabajando para poder administrarse el mismo sus medicamentos. Además incluya en el reporte al equipo de trabajo del individuo si ha habido alguna lesión o accidente que pudiera haber ocurrido durante el último año para ver tendencias y así determinar posibles áreas de preocupación. Incluya el uso de los métodos de restricción, los datos tomados e identifique las intervenciones hechas para dar apoyo al individuo durante las crisis. Si la revisión de un incidente es específico para una de las a áreas de salud y seguridad, entonces diríjase al problema en particular en la área de enfoque. Por ejemplo, documente los incendios ocurridos, bajo el área en donde se recopila la "seguridad contra incendios". Anote la necesidad de protección de las fuentes de calefacción, las tomas de corriente, cuchillos, etc., si aplica. Indique si la persona ingiere artículos que no sean comestibles. Incluya si el individuo tiene o no las habilidades para llamar al 911, de ser necesario. Incluya cualquier otra información perteneciente o con relación a la salud y seguridad del individuo además de la que ya ha sido recopilada in las otras.*	

Seguridad contra un Incendio *Registre la información sobre la capacidad del individuo para reaccionar durante un incendio o un simulacro. Incluya el nivel de supervisión que se requiere la ayuda necesaria para evacuar el edificio. De ser importante, incluya la información sobre la capacitación de seguridad contra incendios, incluyendo el entendimiento de los detectores de humo, el plan de evacuación, lugares de reunión. Si fuma, incluya su nivel de conciencia sobre la seguridad en relación al hábito de fumar. Si el individuo necesita ayuda para evacuar, documente la notificación de la compañía local contra incendios.*	
Tránsito *Registre la información sobre la conciencia del individuo en relación a la seguridad en el tránsito, tal como información sobre cómo y bajo qué circunstancias el individuo puede cruzar las calles con seguridad. Se deberá proporcionar información específica respecto a la conciencia del individuo respecto a las calles rurales vs. Las urbanas, estacionamiento, carreteras o aceras. Esta información debe incluir el nivel de supervisión y asistencia que se requiere.*	
Cocinar /Uso de Aparatos Domésticos *Registre información sobre la capacidad del individuo para usar los aparatos domésticos de cocina, como son la estufa, tostadora, horno regular o microondas. Indique la capacidad del individuo para preparar una comida básica, tener bebidas calientes o frías, hacerse un refrigerio, mondar fruta, cortar, rebanar, verter bebidas, tomar bolas de helado, etc. Indique el entendimiento del individuo sobre el almacenamiento de alimentos. Esta información debe incluir el nivel de supervisión y ayuda necesarias cuando cocine o utilice aparatos domésticos.*	
Aparatos Domésticos para Exteriores *Registre la información sobre la capacidad de individuo para usar aparatos domésticos para exteriores, como son la podadora, máquina para cortar la hierba, parrilla de gas, etc. Esta información debe incluirse el nivel de supervisión y ayuda que se requiere cuando se utilizan esos aparatos domésticos.*	

Seguridad con el Agua (Incluye la Regulación de la Temperatura) *Registre la información sobre la capacidad del individuo para entender la seguridad del agua y temperatura: ¿el individuo es capaz de calentar el agua para el baño, o el agua para lavarse sus manos, estar solo en la bañera, tomar un baño solo y estar seguro en una alberca/piscina? Si el individuo tiene un desorden de ataques u otra condición médica como una sonda de alimentación subcutánea, incluya precauciones necesarias para el baña, o nadar. Esta información debe incluir el nivel de supervisión y ayuda que se requiere para el uso de agua caliente y con albercas/piscina, lagos u otros lugares de agua. De ser necesario, refiérase a la Promoción de Salud para mayor información.*	
Precauciones de Seguridad *Registre información sobre la capacidad del individuo para entender las precauciones de seguridad incluyendo: el manejo o el almacenamiento de substancias venenosas, señales/signos de peligro o etiquetas de precaución. ¿El individuo puede ingerir una sustancia venenosa o de higiene personal si se le in atendido? Describa el tipo y nivel de ayuda que necesita el individuo cuando se encuentre en esa situación. Para cualquier riesgo identificado, mencione el nivel de supervisión que se necesita para la seguridad del individuo y regístrelo en la Sección de Necesidades de Cuidado de Supervisión.*	
Conocimiento de la Información para la Autoidentificación *Registre información sobre la capacidad del individuo para proporcionar información sobre sí mismo, por ejemplo, su nombre, domicilio y número telefónico. Si no puede mencionar información ¿el individuo lleva consigo una identificación? ¿Mostraría la identificación a alguien si se pierde? ¿Pediría ayuda si se pierde?*	
Conocimiento de Gente Extraña *Registre información sobre la capacidad del individuo para interactuar con extraños. En qué situaciones el individuo es vulnerable para convertirse en una víctima: cómo abrir puertas a extraños. En lugares públicos, el individuo ¿se iría con un extraño? Esta información debe incluir el nivel de supervisión y ayuda que el individuo necesita*	
Preocupaciones Sensoriales *Describa cualquier preocupación sensorial. Muchas personas bajo o sobre responden al ruido, tacto, vista u otro estimulo. Por ejemplo, puede que alguien no escuche sirenas ruidosas o su oído puede ser tan sensitivo que ellos pueden escuchar una avión volar en el cielo.*	

Alimentos /Comer *Registre información sobre la capacidad del individuo para comer. Esta información debe incluir dietas especializadas como lo son: purés, alimentos bajos en sal y grasa, protocolos de alimentación, etc. ¿Existe riesgo de atragantarse? Mencione cualquier posición que se requiera durante y después de los alimentos. ¿Se debe evitar algún alimento? Incluya información de las valoraciones alimenticias y nutricionales, así como información respecto al equipo de adaptación. Incluya el nivel de supervisión y ayuda necesaria durante las comidas tanto en casa como en un restaurante. Si existe un plan de apoyo específico relacionado con los alimentos o comidas indique dónde se registró una copia y quien está capacitado en su aplicación antes de trabajar con el individuo.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SALUD Y SEGURIDAD: ***NECESIDADES DE SUPERVISIÓN DE CUIDADO***

Supervisión, es la necesidad de tener a una persona presente ya sea para vigilar, estar en la habitación, el edificio, a distancia, o mediante llamada telefónica o sistema de localización, etc. durante el día en su casa o en la comunidad.

La supervisión de día se refiere a actividades normales de día tales como trabajo voluntario, trabajo regular, asistir a un centro de capacitación para adultos, etc. La supervisión en casa se refiere a actividades en la casa del individuo, o en la casa de un miembro de la familia. La supervisión comunitaria se refiere a las actividades en el hogar del individuo o en la casa de un miembro de su familia. La supervisión comunitaria se refiere a actividades que toman lugar fuera del hogar del individuo, pero que no incluyen lugares donde el individuo normal o regularmente pasa sus días (lunes a viernes). La comunidad se refiere a lugares como son lugares de compras locales o centros recreativos, el vecindario del individuo, iglesias o negocios, transporte público, caminar a la tienda del vecindario, etc.

Describa los planes, si hubiere, para aumentar el tiempo que un individuo pasa solo. Si se requiere de supervisión intensiva indíquelo (definida como supervisión personal en el lugar). Describa las situaciones en las que el individuo puede estar solo. Otra información que puede incluirse en esta sección son actividades disponibles para el individuo en la comunidad, qué tan seguido el individuo quiere involucrarse en actividades comunitarias, qué apoyos necesita el individuo para participar en estas actividades, cómo se brindan estos apoyos, cualquier barrera que el individuo pudiera necesitar y superar para que pueda participar en la actividad comunitaria, etc. Si el individuo no pasa tiempo solo, indíquelo aquí.

***Tipo de Necesidad de Supervisión de Cuidado** (Indique si es Supervisión de Día, Supervisión de Hogar, o Supervisión de Comunidad.)	
Número de horas de supervisión	
Descripción *Indique si y cuánto tiempo el individuo puede estar solo y cualquier plan para aumentar este tiempo. Incluya los días y horarios en los que se proporcionará apoyo así como cualquier necesidad de supervisión, por ejemplo…"necesidades de asistencia del individuo cuando va al baño". Describa cualquier capacitación que necesite el personal para dar apoyo al individuo.*	

***¿Se requiere la supervisión intensa para este arreglo?** (Sí o No) *Se define la supervisión intensa como la supervisión individual con una brazo de distancia. Registre información relacionada con los motivos por los cuales el individuo necesita personal dedicado según se indica anteriormente. Esto es específico únicamente para el individuo para el que se realiza el plan.*	
***Tipo de Necesidad de Supervisión de Cuidado** (Indique si es Supervisión de Día, Supervisión de Hogar, o Supervisión de Comunidad.)	
Número de horas de supervisión	
Descripción *Indique si y cuánto tiempo el individuo puede estar solo y cualquier plan para aumentar este tiempo. Incluya los días y horarios en los que se proporcionará apoyo así como cualquier necesidad de supervisión, por ejemplo…"necesidades de asistencia del individuo cuando va al baño". Describa cualquier capacitación que necesite el personal para dar apoyo al individuo.*	
***¿Se requiere la supervisión intensa para este arreglo?** (Sí o No) *Se define la supervisión intensa como la supervisión individual con una brazo de distancia. Registre información relacionada con los motivos por los cuales el individuo necesita personal dedicado según se indica anteriormente. Esto es específico únicamente para el individuo para el que se realiza el plan.*	
***Tipo de Necesidad de Supervisión de Cuidado** (Indique si es Supervisión de Día, Supervisión de Hogar, o Supervisión de Comunidad.)	
Número de horas de supervisión	
Descripción *Indique si y cuánto tiempo el individuo puede estar solo y cualquier plan para aumentar este tiempo. Incluya los días y horarios en los que se proporcionará apoyo así como cualquier necesidad de supervisión, por ejemplo…"necesidades de asistencia del individuo cuando va al baño". Describa cualquier capacitación que necesite el personal para dar apoyo al individuo.*	
***¿Se requiere la supervisión intensa para este arreglo?** (Sí o No)	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: *NECESIDADES DE CUIDADO DE SUPERVISIÓN: RAZONES PARA PERSONAL INTENSIVO*	

Razones para Personal Intensivo __Requiere asistencia con la administración de medicamento __Riesgo de fuga __Problemas de comportamiento __Indisponible a evacuar independientemente __Compañero de cuarto requiere personal pero, este individuo no __Seguridad en la cocina o requiere asistencia con la preparación de alimento __Problemas medico __Seguridad para fumar __Problemas de Movilidad/ Físico __Incapaz de reconocer problemas comunes en el hogar __Otros peligros	
Otras Razones:	
Razones para Personal Intensivo __Requiere asistencia con la administración de medicamento __Riesgo de fuga __Problemas de comportamiento __Indisponible a evacuar independientemente __Compañero de cuarto requiere personal pero, este individuo no __Seguridad en la cocina o requiere asistencia con la preparación de alimento __Problemas medico __Seguridad para fumar __Problemas de Movilidad/ Físico __Incapaz de reconocer problemas comunes en el hogar __Otros peligros	
Otras Razones:	
Plan para Reducir Apoyos Intensivos de Personal:	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: *NECESIDADES DE CUIDADO DE SUPERVISIÓN: RELACIÓN DEL PERSONAL - DÍA*

Registre aquí la información de aquellas personas de las que se requiere información, es decir, las que se han parte de un litigio o una Acción de Clase específica. Para otros, la información es opcional.

***Proveedor**			
***Tipo**			
***Día** (de la semana)			
***Hora de Inicio**		***Hora de Terminar**	
Comentarios			
***Proveedor**			
***Tipo**			
***Día** (de la semana)			

***Hora de Inicio**		***Hora de Terminar**	
Comentarios			
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: *NECESIDADES DE CUIDADO DE SUPERVISIÓN: RELACIÓN DEL PERSONAL - HOGAR* *Registre aquí la información de aquellas personas de las que se requiere información, es decir, las que se han parte de un litigio o una Acción de Clase específica. Para otros, la información es opcional.*			
***Día** (de la semana)			
***Hora de Inicio**		***Hora de Terminar**	
Comentarios			
***Día** (de la semana)			
***Hora de Inicio**		***Hora de Terminar**	
Comentarios			
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: *NECESIDADES DE CUIDADO DE SUPERVISIÓN: RELACION DEL PERSONAL* *Registre aquí la información de aquellas personas de las que se requiere información, es decir, las que sean parte de un litigio o una Acción de Clase específica. Para otros, la información es opcional.*			
¿Hay personal Despierto/durante la noche (A/O) en el hogar de ésta persona? (Sí o No)			
***¿El total del número de posiciones de tiempo completo son equivalentes (FTEs), a las recomendadas en las tablas de relación del personal?** (Sí o No)			
¿Si no es el mismo, es la diferencia más que el nivel de personal aprobado actual? (Sí o No)			
Si la diferencia es más que el nivel de personal aprobado actual, proporcione una explicación específica y justificación de la necesidad.			
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SALUD Y SEGURIDAD: ***PLAN DE APOYO DE COMPORTAMIENTO*** *El Plan de Apoyo de Comportamiento (Plan de Apoyo Social, Emocional y Ambiental, de acuerdo a la norma) es un documento impreso que debe mantenerse en el archivo del individuo. El Plan de Apoyo de Comportamiento se puede incluir también en otras áreas del PAI. Si se receta un medicamento para tratar la conducta de inadaptación, el plan de apoyo de comportamiento debe incluir un plan para el apoyo social, emocional y ambiental.*			
***¿Está establecido un plan de apoyo del comportamiento?** (Sí o No)			
Resumen *Indique para quién aplica el plan de apoyo, dónde se archivó el documento en forma accesible, quién deberá capacitarse para su aplicación antes de trabajar con el individuo, los requerimientos de documentación y quién es responsable de recolectar esta información. Si existe un plan de restricción, deberán mandarse los reglamentos por separado. Incluya una revisión de los datos de limitaciones.*			

Si lo hay, ¿Es restrictivo? (Sí o No) *Restrictivo se define como limitando los movimientos, actividades o funciones del individuo que no están de acuerdo con su habilidad para recibir refuerzo positivo y que podrían llevar a pérdidas en objetos a actividades valiosas o ciertas conductas que el individuo no haría si pudiera elegir.*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SALUD Y SEGURIDAD: ***PLAN DE APOYO DE CRISIS*** *Registre aquí la información para aquellas personas que reciben fondos a través de un Programa Comunitario de Autismo para Adulto (ACAP por sus siglas en inglés). Para los demás, la información es opcional.* *Un plan de apoyo de crisis es un plan reactivo que es diseñado para proteger a la persona, otras personas, o propiedad valiosa. Está diseñado únicamente para la protección durante una crisis y no como una forma de limitar futuras crisis. Debe atender las necesidades de la persona dentro y fuera del área de servicio del proveedor.*	
¿Existe un plan de apoyo a la crisis? (Sí o No)	
Si lo hay, ¿Es restrictivo? (Sí o No) *Restrictivo se define como limitando los movimientos, actividades o funciones del individuo que no están de acuerdo con su habilidad para recibir refuerzo positivo y que podrían llevar a pérdidas en objetos a actividades valiosas o ciertas conductas que el individuo no haría si pudiera elegir.*	
Resumen *Indique a quien aplica el plan de apoyo de crisis, donde se conversa la copia para su acceso, quien debe ser entrenado en su aplicación antes de trabajar con la persona, requerimientos de documentación, y quien responsable por colectar la información.*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: ***CUIDADO DE SALUD***	
***Nombre de la Persona designada para el Apoyo de Salud** *Esta es la persona asignada para coordinar la asistencia de la salud del individuo. Puede ser una enfermera, una amistad, una persona de una agencia, etc. Incluya el cargo de la persona designada.*	
***Dirección Postal**	
***Ciudad, *Estado *Código Postal**	
***Teléfono (123) 456-7890**	
Número del Localizador:	
¿Es capaz éste individuo de hacer decisiones de cuidado de salud? (Sí o No)	
¿Existe un directivo avanzado colocado? (Sí o No)	
Si no, ¿Qué pasos se tomaran para asistir a la persona para que termine un directivo avanzado?	
¿Si el individuo no puede hacer las decisiones de salud, ya ha sido identificado un substituto para tomar las decisiones? (Sí, No, o NA)	

Si se identifica un substituto para tomar las decisiones especifique quien: (Director de una Institución, Miembro Familiar, Guardián, Otro-especifique) *Consulte el Boletín OMR 00-98-08 Procedimientos para la Toma de Decisiones del Substituto.*	
Nombre, Información de Contacto de la Persona que toma las decisiones	
Si no se identifica el sustituto para tomar la decisión, entonces ¿que pasos serán tomados para identificar a la persona que toma la decisión y cuando? *Anote los pasos a ser tomadas para identificar a una persona sustituta a tomar la decisión, como también estos pasos necesarios a ser tomados.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SEGURIDAD Y SALUD: ***PROMOCION DE SALUD***

Documente cualquier condición o asunto de salud que practique actualmente el individuo, en lo que le gustaría trabajar o lo que le gustaría practicar, o bien problemas de salud para los que exista actualmente una recomendación que se tratará. Estos puntos pueden o no llevar a resultados. Algunos ejemplos son reducción de peso, registros de peso, registros de ataques, protocolos de baño, otros registros relacionados con la salud, dejar de fumar, practicar más ejercicio, recomendaciones desde el Perfil de Riesgo de Salud, rechazo a aceptar exámenes de rutina o tratamientos (esto incluye ya sea el rechazo individual o del custodio), condiciones por las que el individuo toma medicamentos etc. Utilice la Historia Médica de toda la vida para la información de respaldo y para asegurarse de que la información está actualizada.

***Condición de Salud/ Punto**	
***Promover/Estrategia de Apoyo Requerida** *Incluya la información que el equipo de trabajo necesita saber, hacer y necesiten entrenamiento.*	
***Frecuencia de Apoyo**	
***Resultado Deseado**	
***Persona/ Agencia (s) Responsable(s)**	
***Condición de Salud/ Punto**	
***Promover/Estrategia de Apoyo Requerida** *Incluya la información que el equipo de trabajo necesita saber, hacer y necesiten entrenamiento.*	
***Frecuencia de Apoyo**	
***Resultado Deseado**	
***Persona/ Agencia (s) Responsable(s)**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: INFORMACION FUNCIONAL: ***NIVEL FUNCIONAL***

En las áreas funcionales del plan, describa qué puede hacer por sí solo el individuo, cuándo se requiere de ayuda u otros tipos de necesidades. En algunas situaciones, una área de la vida del individuo puede tener un impacto en otra. Por ejemplo, las habilidades o necesidades de comunicación se pueden observar en sus capacidades de aprendizaje y cognición, su capacidad para expresar emociones de acuerdo con la información social/ emocional, etc. Cuando ésto ocurra, los detalles de apoyo necesarios pueden registrarse en el área funcional relacionada. (Por ejemplo: para un individuo que no pueda expresar sus emociones oralmente, el área social/ emocional puede tener más detalles del apoyo necesario que el área de comunicación.) En estos casos, elija dónde quedan mejor los detalles y vaya al área relacionada. Incluya recomendaciones, si aplican, en lo que el individuo puede estar interesado en aprender o expandir sus capacidades.

Anote el progreso o los cambios que haya tenido el individuo en los últimos 12 meses.

Desarrollo Físico *Describa las habilidades y necesidades actuales que incluyen las habilidades motoras gruesas y finas, la vista, audición, uso de tecnología de asistencia, capacidad para realizar ejercicios simples, movilidad, viajar, subir escaleras, desplazarse y caminar, así como información de la valoración del modo de andar. Incluya las declaraciones del desarrollo de la familia e información respecto a las necesidades de posiciones y transferencia, si aplica.*	
Adaptivo/Autoayuda *Documente información respecto a la autoayuda o información higiénica. Incluya información sobre la capacidad de la persona para cumplir funciones específicas, necesidad de ayuda y adaptaciones necesarias. Las áreas que se deberán considerar son baño en la tina/ baño en la ducha, vestirse, tomar en una taza, comer, ir al baño, transportarse (sentarse, pasamanos, supervisión, etc.), caminar, etc. Incluya esfuerzos y necesidades para completar también los asuntos de la familia.*	
Aprendizaje/ Enseñanza *Describa las habilidades y necesidades sobre cómo un individuo aprende y procesa la información, piensa, recuerda, razona, resuelve problemas, toma decisiones, administra dinero, etc.*	

Comunicación

Forma Principal de Comunicación (seleccione una)

___ Verbal – La persona comunica sus mensajes verbalmente
___ PECS – La persona comunica a través de un sistema comunicación de intercambio de ilustraciones
___ Idioma de señas – La persona usa comunicación manual, idioma del cuerpo y patrones del labio en vez de sonido para comunicar los mensajes.
___ Idioma de señas modificado – Una comprensión mutua se logra a través de movimientos de la mano y cuerpo
___ Pizarra de dibujo – Una ayuda visual/ herramienta comúnmente usada para ayudara a las personas a comprender el idioma verbal. Generalmente este consiste de iconos que representan palabras especificas, acciones, eventos o situaciones
___ Dispositivo de reproducción vocal – La persona usa un dispositivo electrónico para comunicar mensajes
___ Gestos y expresiones faciales – La persona usa gestos y expresiones faciales para comunicar mensajes
___ Ninguno identificado – Una forma de comunicación que todavía no ha sido identificada para esta persona
___ Otra - Provea la explicación en la sección de detalles

Detalles de Comunicación *Los detalles de comunicación son usados para describir las habilidades o necesidades actuales para el idioma expresivo/receptivo. Habilidades y necesidades relativas a la tecnología de asistencia debe ser incluida si es apropiada.*	
Información Emocional Social *Describa las habilidades y necesidades relacionadas con el proceso de aprender a controlar las emociones y empatía así como el respeto al prójimo, y la capacidad de iniciar y mantener contactos sociales.*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: FUNCIONAL INFORMACION: ***NIVEL FUNCIONAL:*** *INFORMACION EDUCACIONAL/VOCACIONAL* *Incluya información sobre inscripciones en programas educativos actuales o habilidades vocacionales así como áreas actuales en las que el individuo necesite ayuda.*	
***Estudiante** (Sí o No)	
Frecuencia (Tiempo completo o Medio Tiempo)	
Estado Educacional Actual *Indique si el individuo es un estudiante; indique el grado actual, el nivel del salón de clase, la fecha esperada de graduación, y el estado actual de su Programa de Educación Individual (IEP). Incluya las actividades del plan de transición para estudiantes de catorce o más años.*	
Escuela	
***Dirección Postal**	
***Ciudad, *Estado *Código Postal**	
**Teléfono* (123) 456-7890	
***Cliente de OVR** (Sí o No)	
Nombre del Consejero OVR	
***Teléfono del Consejero OVR** (123) 456-7890	
Tiene metas de entrenamiento este consumidor (Sí o No) *Si la persona no es actualmente un estudiante o cliente OVR, todavía es posible que él o ella pueda tener metas de entrenamiento.*	
Lista de mentas de entrenamiento	
Comentarios	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: INFORMACIÓN FUNCIONAL: ***NIVEL FUNCIONAL:*** *EMPLEO/VOLUNTARIO* *La información de empleo/voluntario es usada para documentar si la persona está empleada o es voluntario, y detalles relativos tales como tiempo completo o medio tiempo, patrón, puesto, dirección del trabajo, número telefónico de trabajo, y metas del empleo/voluntario. Incluye toda la información relacionada a las habilidades actuales de la persona relacionada a obtener y/o mantener un empleo o estatus de voluntario. Si está actualmente empleado o como voluntario, indique el tipo y cantidad de apoyo que ellos requieren. Incluya la información relacionada a cualesquier metas actuales para empleo o de voluntario, deseo que la persona desea de ser o continuar a ser, empleado, y notas relevantes en información aprendida de previos empleos, trabajo o experiencias de voluntario.*	
*** Estatus de trabajo** (Empleado, Voluntario, Ninguno) *Selecciones únicamente "Empleado" si el individuo tiene empleo comunitario competitivo incluyendo auto empleo donde por lo menos se gana el salario mínimo. Si el individuo está participando en un programa vocacional o un programa de entrenamiento para adultos, conteste No.*	
Frecuencia (Tiempo completo o Medio Tiempo)	
Posición	
Patrono	
***Línea de Dirección**	
***Ciudad, *Estado *Código Postal**	
***Teléfono** (123) 456-7890	
¿Tiene este consumidor metas de empleto/voluntario? (Sí o No) *Las metas de empleo/voluntario puede ser ya sea que la persona le gustaría: Explorara empleo comunitario u oportunidades de voluntario, incrementar o reducir horas del empleo actual/tiempo de voluntario, cambiar de empleo, incrementar responsabilidades, etc.*	
Enliste las metas de empleo/voluntario	
Comentarios *Proveer más explicación por cualquiera de la información del empleo/ area de voluntario, tal como notas importantes referentes a las experiencias de la persona en el trabajo o lugar como voluntario, nombre del supervisor, o detalles de sus metas de empleo/voluntario.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: INFORMACIÓN FUNCIONAL: *COMPRENDIENDO LA COMUNICACIÓN*

Registre información en la Compresión de Comunicación verbal o no verbal, conductas sutiles que utiliza para comunicar, necesidades, deseos, lo que le gusta/ le disgusta, lo que es importante, cuando tiene dolor, está incómodo, o no se siente bien, etc. Los diversos medios comunicativos ayudan a otros a entender al individuo, respetarlo y ayudarlo. La información es obtenida a través del entendimiento y el conocimiento que otras personas envueltas con el individuo han obtenido con el paso del tiempo. Información respecto a la facilitacion de la comunicación, uso/habilidades de tecnología asistida deberá incluirse, en su caso. Si el idioma principal de la persona no es el inglés, incluya la documentación que describa su necesidad linguistica y los recursos ya utilizados.

Cuando esto pasa…se refiere a las circunstancias que rodean al individuo, el lugar, el ambiente, la hora del día, etc., por ejemplo, ruidos o comida.
El individuo hace…se refiere a acciones observables en las que el individuo habla, emita sonidos o palabras o frases que éste utiliza en esas situaciones.
Pensamos que significa…se refiere al significado de la acción para el individuo.
Deberíamos…se refiere a la respuesta o acción que tu espera de la gente que está proveyendo el apoyo.

***Cuando esto pasa…**	
***El individuo hace…**	
***Pensamos que significa…**	
***Deberíamos…**	
***Cuando esto pasa…**	
***El individuo hace…**	
***Pensamos que significa…**	
***Deberíamos…**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: INFORMACIÓN FUNCIONAL: ***OTRA EVALUACIÓN NO MEDICA***

Utilice el área de Evaluación para capturar información detallada sobre las evaluaciones completadas, como son las habilidades motoras finas o gruesas que no se relacionen con condiciones médicas.

***Área de Evaluación** *(no médica)*	___ Motor Fino	___ Motor Mayor	___ Habilidades Adaptivas
	___ Visión	___ Educacional/ Vocacional	___ Psicólogo
	___ Cognitivo	___ Emocional Social	___ Adaptivo/ Auto Ayuda

Si el Tipo es "Otra" Especifique *"Otra" puede incluir evaluaciones de movilidad, vista funcional, evaluaciones de la silla de ruedas y compras junto con información sobre compras de otro equipo de adaptación, etc. Las evaluaciones y compras completadas dentro del último año y aquellas de las recomendaciones todavía se necesitan únicamente para que se registren.*	

Nombre/ Tipo de Evaluación	
Fecha de la Evaluación (MM/DD/AAAA)	
Nombre del Evaluador (Apellido, Nombre)	
Agencia de Evaluación	

***Área de Evaluación** *(no médica)*	___ Motor Fino ___ Visión ___ Cognitivo	___ Motor Mayor ___ Educacional/ Vocacional ___ Emocional Social	___ Habilidades Adaptivas ___ Psicólogo ___ Adaptivo/ Auto Ayuda

Si el Tipo es "Otra" Especifique *"Otra" puede incluir evaluaciones de movilidad, vista funcional, evaluaciones de la silla de ruedas y compras junto con información sobre compras de otro equipo de adaptación, etc. Las evaluaciones y compras completadas dentro del último año y aquellas de las recomendaciones todavía se necesitan únicamente para que se registren.*	
Nombre/ Tipo de Evaluación	
Fecha de la Evaluación (MM/DD/AAAA)	
Nombre del Evaluador (Apellido, Nombre)	
Agencia de Evaluación	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: FINANCIERO: ***INFORMACION FINANCIERA***

Incluya la fuente de ingreso actual del individuo. Si existe un representante, incluya su nombre y la información del contacto. Si existen más de dos fuentes, anote en Asuntos Financieros cómo se mantendrán los límites de activos.

***Fuente** Seguro Social Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Vitalicia Beneficios de Veterano Fondo de Retiro Ferroviario Servicio Civil de Renta Otro (Especifique)	
***Reclamo #** *Si no tiene el Número de Seguro Social de la persona, indique su número de identificación de beneficio. Si el número del reclamo es el # del seguro social de otra persona y no lo quiere compartir, por favor indique el nombre de la persona como el #. Ejemplo, Jane Nissley's SS.*	
***Beneficiario**	

***Fuente** Seguro Social Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Vitalicia Beneficios de Veterano Fondo de Retiro Ferroviario Servicio Civil de Renta Otro (Especifique)	
***Reclamo #** *Si no tiene el Número de Seguro Social de la persona, indique su número de identificación de beneficio. Si el número del reclamo es el # del seguro social de otra persona y no lo quiere compartir, por favor indique el nombre de la persona como el #. Ejemplo, Jane Nissley's SS.*	
***Beneficiario**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: FINANCIERO: ***PUNTOS DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA***
Esto se requiere si se registra al individuo en programas de renuncia para asegurar el cumplimiento con los límites de activos. Incluya quién es responsable de asegurar el cumplimiento con los activos y la implementación del plan significativo con el individuo sobre el uso de sus propios recursos.

Esto también es necesario para los individuos que requieren ayuda con el manejo de sus finanzas personales. Designe quién será responsable, la forma en la que este personal ayudará al individuo y qué documentación se necesita, si hubiere.

Para los individuos no registrados en un programa de renuncia, o que manejen sus recursos de forma independiente, esto podrá ser opcional.

***Explicación de Puntos**	
***Como propone presentar el (los) punto (s) el proveedor**	
***Fecha de Inicio**	
***Fecha de Terminación**	
***Resultado Deseado**	
***Persona/ Agencia Responsable**	
***Explicación de Puntos**	
***Como propone presentar el (los) punto (s) el proveedor**	
***Fecha de Inicio**	
***Fecha de Terminación**	
***Resultado Deseado**	
***Persona/ Agencia Responsable**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: FINANCIERO: ***RECURSOS FINANCIEROS***
Se deben mencionar los beneficios gubernamentales al seleccionar "Otros Recursos". Escriba "Beneficios Gubernamentales" y el nombre real del recurso en "Nombre del Recurso." Incluya la ubicación y la persona responsable de mantener la documentación original.

***Tipo de Fuente** Seguro de Vida Fideicomiso/ Tutoría Reserva de Sepelio Parcela de Sepelio	Arreglos de Funeral Prepagado Cuenta Bancaria de Cheques Cuenta Bancaria de Ahorros Otras Fuentes	

Valor de Fuente	
***Nombre de la Fuente**	
Número de Póliza	
Dirección	
***Ciudad, *Estado *Código Postal**	

***¿Quién tiene la documentación original?**	

***Tipo de Fuente** Seguro de Vida Fideicomiso/ Tutoría Reserva de Sepelio Parcela de Sepelio	Arreglos de Funeral Prepagado Cuenta Bancaria de Cheques Cuenta Bancaria de Ahorros Otras Fuentes	

Valor de Fuente	
***Nombre de la Fuente**	
Número de Póliza	
Dirección	
***Ciudad, *Estado** ***Código Postal**	
***¿Quién tiene la documentación original?**	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SERVICIOS Y APOYOS: ***RESUMEN DEL RESULTADO***

***Frase de Resultado "Outcomes"** *Es una descripción para identificar fácilmente el resultado; el objetivo de esta frase es asistir en que la búsqueda sea más fácil a través del PAI para así encontrar toda la información relacionada.*	
***Fecha de Inicio del Resultado** (DD/MM/AAAA) *La fecha en la que la actividad comenzará a trabajar para lograr resultados.*	
***Fecha de Terminación del Resultado** (DD/MM/AAAA) *La fecha estimada de cuándo se obtendrán resultados.*	
***Fecha Actual de Terminación del Resultado** (DD/MM/AAAA) *La fecha real en la que se complete el resultado.*	

***¿Se ha completado exitosamente el resultado (Sí o No)?** *Seleccione "Sí" o "No" para indicar si se ha completado exitosamente el resultado.* *Nota: Cuando se crean resultados inicialmente, se debe indicar "No." Cuando se cambia esto a "Sí" la fecha final debe ser indicada en el resultado.*	

***Comunicado de Resultado** "outcomes" *Representa lo que es importante actualmente para el individuo, lo que el individuo necesita mantener o cambiar. El resultado "outcome" deberá describir cómo se logrará hacer una diferencia en la vida del individuo. El resultado debe basarse en la información recopilada durante el proceso del PAI y reflejar un compromiso conjunto de acciones. Recuerde que los resultados "outcomes" respaldan los beneficios financieros de los servicios de MR deben estar dentro del contexto de la salud y seguridad del individuo y/o asegurar su vida continua dentro de la comunidad. Los resultados "outcomes" que se refieren a otras prioridades del individuo deben de ser representados y apoyados por otras comunidades, familiares y apoyos no tradicionales.* *Utilice los principios de las Vidas Diarias para desarrollar resultados con el individuo: elección, control, calidad, inclusión a la comunidad, estabilidad, responsabilidad, seguridad, individualidad, relaciones, libertad, éxito, contribución a la comunidad, colaboración, comunicación y asesoría.* *Incluya resultados relacionados con la salud únicamente si existe un vacío en la provisión de apoyo para las necesidades de salud del individuo.*	
***Razón para el Resultado** *Esto proporciona la información contextual adicional a la de la Declaración del Resultado para que el equipo entienda cómo y por qué es importante el resultado para el individuo.*	
***Preocupaciones Relacionadas al Resultado** *Describa cualquier barrera (incluyendo problemas de salud y seguridad) que los miembros envueltos necesitaran enfrentar para trabajar exitosamente y obtener resultados. Esto podrá incluir información de lo que se ha tratado en el pasado pero, que no ha funcionado, lo que el equipo del individuo ha intentado resolver, u otras preocupaciones que cualquier equipo pudiera tener.*	
***Evaluaciones Relevantes Ligadas al Resultado**: *Mencione cualquier evaluación formal o informal importante que afecte directamente el resultado. La evaluación informal podrá incluir: observaciones directas, entrevistas con la familia o personal de cuidado directo y/o revisión de registros previos. Las evaluaciones formales podrán incluir: evaluaciones estandarizadas estatales además de evaluaciones concentradas en la persona utilizadas por organismos proveedores que hayan sido previamente aprobados por los agentes de licencia. (Si una evaluación formal se ha completado, se deberá anotar en la sección "Otras evaluaciones no médicas" del PAI.) Las evaluaciones podrán usarse para evaluar si un resultado ha tenido impacto.*	

***Frase de Resultado "Outcomes"** *Es una descripción para identificar fácilmente el resultado; el objetivo de esta frase es asistir en que la búsqueda sea más fácil a través del PAI para así encontrar toda la información relacionada.*	
***Fecha de Inicio del Resultado** (DD/MM/AAAA*)* *La fecha en la que la actividad comenzará a trabajar para lograr resultados.*	
***Fecha de Terminación del Resultado** (DD/MM/AAAA*)* *La fecha estimada de cuándo se obtendrán resultados.*	
***Fecha Actual de Terminación del Resultado** (DD/MM/AAAA*)* *La fecha real en la que se complete el resultado.*	
***¿Se ha completado exitosamente el resultado (Sí o No)?** *Seleccione "Sí" o "No" para indicar si se ha completado exitosamente el resultado.* *Nota: Cuando se crean resultados inicialmente, se debe indicar "No." Cuando se cambia esto a "Sí" la fecha final debe ser indicada en el resultado.*	
***Comunicado de Resultado** "outcomes" *Representa lo que es importante actualmente para el individuo, lo que el individuo necesita mantener o cambiar. El resultado "outcome" deberá describir cómo se logrará hacer una diferencia en la vida del individuo. El resultado debe basarse en la información recopilada durante el proceso del PAI y reflejar un compromiso conjunto de acciones. Recuerde que los resultados "outcomes" respaldan los beneficios financieros de los servicios de MR deben estar dentro del contexto de la salud y seguridad del individuo y/o asegurar su vida continua dentro de la comunidad. Los resultados "outcomes" que se refieren a otras prioridades del individuo deben de ser representados y apoyados por otras comunidades, familiares y apoyos no tradicionales.* *Utilice los principios de las Vidas Diarias para desarrollar resultados con el individuo: elección, control, calidad, inclusión a la comunidad, estabilidad, responsabilidad, seguridad, individualidad, relaciones, libertad, éxito, contribución a la comunidad, colaboración, comunicación y asesoría.* *Incluya resultados relacionados con la salud únicamente si existe un vacío en la provisión de apoyo para las necesidades de salud del individuo.*	
***Razón para el Resultado** *Esto proporciona la información contextual adicional a la de la Declaración del Resultado para que el equipo entienda cómo y por qué es importante el resultado para el individuo.*	

***Preocupaciones Relacionadas al Resultado** *Describa cualquier barrera (incluyendo problemas de salud y seguridad) que los miembros envueltos necesitaran enfrentar para trabajar exitosamente y obtener resultados. Esto podrá incluir información de lo que se ha tratado en el pasado pero, que no ha funcionado, lo que el equipo del individuo ha intentado resolver, u otras preocupaciones que cualquier equipo pudiera tener.*	
***Evaluaciones Relevantes Ligadas al Resultado**: *Mencione cualquier evaluación formal o informal importante que afecte directamente el resultado. La evaluación informal podrá incluir: observaciones directas, entrevistas con la familia o personal de cuidado directo y/o revisión de registros previos. Las evaluaciones formales podrán incluir: evaluaciones estandarizadas estatales además de evaluaciones concentradas en la persona utilizadas por organismos proveedores que hayan sido previamente aprobados por los agentes de licencia. (Si una evaluación formal se ha completado, se deberá anotar en la sección "Otras evaluaciones no médicas" del PAI.) Las evaluaciones podrán usarse para evaluar si un resultado ha tenido impacto.*	
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: SERVICIOS Y APOYOS: ***RESUMEN DEL RESULTADO*** *Es muy importante que el equipo haga frente a cualquier preocupación que se relacione con un problema de salud y seguridad o cualquier otra barrera. Los individuos necesitan que el equipo brinde apoyo para obtener resultados porque la resolución de los problemas conjuntos y los recursos harán la diferencia. Resolver el problema para identificar cualquier acción necesaria.*	
***Frase de Resultado Relacionada** *Es una descripción para identificar de forma fácil el resultado; esta frase tiene como objetivo ayudar a la búsqueda fácil a través del PAI para encontrar toda la información relacionada.*	
***Cuales son las necesidades actuales** *Describa la realidad actual que se relacione con el resultado. Esto deberá relacionarse específicamente con el individuo, lo que pueden hacer para obtener el resultado, incluyendo la ayuda que sea necesaria. Esto debe relacionarse con las secciones anteriores del PAI en donde se describen las necesidades.*	

***Que acciones se necesitan** *Identificar los pasos y acciones para lograr el resultado. Incluir aquellos que se proporcionan por personas pagadas o que no reciben pago como son miembros de la familia o amigos. Incluya acciones que ocurren actualmente y necesitan seguir; esto debe describir cualquier acción, incluyendo aquellas proporcionadas por apoyos naturales, apoyo pagado y apoyos sin pago. ¿Qué sucede actualmente para cumplir con la necesidad? ¿Es adecuado? ¿Existen partes del resultado específico que se cumplan, y otras que no se cumplan? Si se necesita de un servicio específico, lo puede mencionar aquí.* *Documente los pasos para asegurar la salud y seguridad del individuo mientras trabaja para lograr los cambios deseados.*	
***Quién es responsable** *Incluya al individuo y/u otros miembros del equipo (familia, personal, etc.) involucrados que ayudarán a la implementación del resultado particular.*	
***Frecuencia y Duración de las acciones necesarias** *Incluya la frecuencia (número de veces) y la duración (tiempo) para cada una de las acciones necesarias. Incluya aquellas personas que reciben un pago y las que no son miembros de familia o amigos.* *Incluya el nombre específico (y el parentesco con el individuo, si hubiese) quien será responsable de ver que las acciones ocurran.* *Especifique la información sobre el número total de unidades mencionadas en los Detalles del Servicio.*	
***En qué fecha** (DD/MM/AAAA*)* *Mencione la fecha anticipada (o fin de la fecha del plan) en la que se realizarán las acciones, lo que sea apropiado.*	
***¿Cómo se sabe del progreso que hay hacia este resultado?** *El progreso se vincula directamente con el resultado. Describa lo que se espera como resultado de los servicios y apoyos. Identifique cómo y quién aportará sobre el progreso realizado con el tiempo.*	
***Frase de Resultado Relacionada** *Es una descripción para identificar de forma fácil el resultado; esta frase tiene como objetivo ayudar a la búsqueda fácil a través del PAI para encontrar toda la información relacionada.*	
***Cuales son las necesidades actuales** *Describa la realidad actual que se relacione con el resultado. Esto deberá relacionarse específicamente con el individuo, lo que pueden hacer para obtener el resultado, incluyendo la ayuda que sea necesaria. Esto debe relacionarse con las secciones anteriores del PAI en donde se describen las necesidades.*	

***Que acciones se necesitan** *Identificar los pasos y acciones para lograr el resultado. Incluir aquellos que se proporcionan por personas pagadas o que no reciben pago como son miembros de la familia o amigos. Incluya acciones que ocurren actualmente y necesitan seguir; esto debe describir cualquier acción, incluyendo aquellas proporcionadas por apoyos naturales, apoyo pagado y apoyos sin pago. ¿Qué sucede actualmente para cumplir con la necesidad? ¿Es adecuado? ¿Existen partes del resultado específico que se cumplan, y otras que no se cumplan? Si se necesita de un servicio específico, lo puede mencionar aquí.* *Documente los pasos para asegurar la salud y seguridad del individuo mientras trabaja para lograr los cambios deseados.*	
***Quién es responsable** *Incluya al individuo y/u otros miembros del equipo (familia, personal, etc…) involucrados que ayudarán a la implementación del resultado particular.*	
***Frecuencia y Duración de las acciones necesarias** *Incluya la frecuencia (número de veces) y la duración (tiempo) para cada una de las acciones necesarias. Incluya aquellas personas que reciben un pago y las que no son miembros de familia o amigos.* *Incluya el nombre específico (y el parentesco con el individuo, si hubiese) quien será responsable de ver que las acciones ocurran.* *Especifique la información sobre el número total de unidades mencionadas en los Detalles del Servicio.*	
***En qué fecha** (DD/MM/AAAA*)* *Mencione la fecha anticipada (o fin de la fecha del plan) en la que se realizarán las acciones, lo que sea apropiado.*	
***¿Cómo se sabe del progreso que hay hacia este resultado?** *El progreso se vincula directamente con el resultado. Describa lo que se espera como resultado de los servicios y apoyos. Identifique cómo y quién aportará sobre el progreso realizado con el tiempo.*	

PLAN DE APOYO INDIVIDUAL: ADMINISTRACIÓN DEL PLAN: *MONITOREO*

Antes de entregar la aprobación, debe llenarse la pantalla de Monitoreo. El monitoreo debe ocurrir de acuerdo a la política del Condado y cumplir las normas requeridas de fuentes de financiamiento que reciba el individuo.

***El individuo requiere Monitoreo con la siguiente frecuencia**:
(Marque el adecuado)

___ Frecuencia Estatutaria (*Waiver y TSM)*

___ Frecuencia Inestatutaria *(por la póliza del condado)*

Razones para la frecuencia inestatutaria	