

Comparta esta información con su proveedor de servicios de salud mental y envíela por FAX a Roger al teléfono 503-585-4989 (para el expediente de CCP)

PLAN DE ACCIONES PERSONALES / PREVENCION DE CRISIS

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Condado Donde Reside _____ Teléfono(s) _____

Personas de Apoyo: (familia, abogado, grupo de soporte) **✕** Marque el nombre de las personas a quienes desea que llamemos en caso de una crisis

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

INFORMACION MEDICA

Asesor / Coordinador _____ Teléfono _____

Agencia _____ Teléfono _____

Si usted está tomando medicinas para la salud mental, ¿quién las prescribe?

Nombre _____ Teléfono _____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono _____

Persona que tiene una lista de las medicinas que usted toma **actualmente** _____

Medicinas que le han ayudado en emergencias _____

Medicinas que deben evitarse y motivo _____

Alergias / efectos médicos adversos _____

Padecimientos de salud mental _____

Problemas de uso de sustancias _____

Padecimiento médicos _____

He llenado una *Declaración del Tratamiento de Salud Mental*. La declaración está disponible en:

**PLAN DE ACCIONES PERSONALES /
PREVENCIÓN DE CRISIS**

El documento "Ideas Que Usted Puede Tomar en Cuenta al Elaborar su Plan" incluye ideas que pueden ser útiles.

1. Algunas de las cosas que deseo para mi vida son: _____

2. Indicios de que las cosas marchan bien: _____

3. Indicios oportunos de que no me siento bien: _____

4. Cosas que puedo hacer para ayudarme a mí mismo: _____

5. Cosas que pueden hacer los demás para ayudarme: _____

6. Cosas que no deseo o cosas que no me ayudan: _____

7. Yo debo obtener ayuda cuando: _____

Durante una crisis, necesito saber que recibiré ayuda con: Mascotas Niños Transporte

Otro: (explique) _____

Durante una situación de crisis, esto es lo que haré: _____

Opcional: Mi proveedor u otra persona de apoyo han aceptado hacer esto: _____

- Deseo solicitar el apoyo de un voluntario que haya sobrevivido a una situación de trauma (si usted está inscrito en el Plan de Salud de Oregon)
- Deseo recibir información sobre otros servicios de apoyo en grupo

Las leyes del estado de Oregon permiten que los proveedores de servicios de salud compartan su información confidencial en la medida que sea necesario para ayudarle durante una emergencia. *Estatutos Modificados de Oregon 179.505 (4)(a)*