

## PLAN DE PREVENCIÓN DE CRISIS DIRIGIDO POR LA PERSONA

Llene este documento con su proveedor de servicios de salud mental o especialista en servicios de crisis y envíelo por FAX a Stephanie Vieu, MVBCN 503-585-4989

### INFORMACION INDIVIDUAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Condado Donde Reside: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

*Personas de Apoy:* (familia, abogado, grupo de soporte):

Nombre:	Relación:	Teléfono:
---------	-----------	-----------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

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

1. Así es un día normal para mí: \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Cómo sé cuándo no me siento bien: \_\_\_\_\_

---

---

---

3. Lo que deseo escuchar de otras personas en este punto: \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Cosas que alguien puede hacer para ayudarme: \_\_\_\_\_

---

---

---

5. Cosas que no deseo o cosas que no me ayudan: \_\_\_\_\_

---

---

---

6. Cosas que puedo hacer para ayudarme a mí mismo: \_\_\_\_\_

---

---

---

## PLAN DE PREVENCIÓN DIRIGIDO POR LA PERSONA

Durante una crisis, necesito saber que recibiré ayuda con:  Mascotas  Niños  Transporte  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_

¿Quiénes son mis personas seguras? \_\_\_\_\_

¿Cuál es mi lugar seguro? \_\_\_\_\_

### 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 o situaciones de crisis: \_\_\_\_\_

Medicinas que deben evitarse y motivo: \_\_\_\_\_

Alergias / efectos médicos adversos: \_\_\_\_\_

Padecimientos de salud mental: \_\_\_\_\_

Problemas de uso de sustancias nocivas: \_\_\_\_\_

Padecimiento médicos: \_\_\_\_\_

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

Como miembro del Plan de Salud de Oregon, comprendo que los proveedores médicos y de salud mental trabajan juntos para proporcionarme cuidados. Entiendo que este Plan puede ser compartido con aquellos que me ayuden en momentos de crisis. Esto incluye a los centros de crisis psiquiátricas, las salas de emergencia de los hospitales y mi proveedor de cuidados primarios.

\_\_\_\_\_  
*Firma de la persona y/o del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*