

Plan de Prevención de Crisis para Jóvenes

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha(s) del Plan: _____

Miembros del Equipo que Participan en la Creación del plan: _____

1. Comportamiento de Crisis que Queremos Prevenir: _____

2. ¿Cómo Sé que Estoy Teniendo un Buen Prevenir? _____

3. Metas del Plan de Crisis: _____

4. Estrategia de Medición: _____

Factores Comunes que Desencadenan las Crisis:	Estrategias de Prevención Diarias:	¿Quién es responsable?	Plazo límite: (en caso de que aplique)

Comprendo que los proveedores médicos y de salud mental trabajan juntos para proporcionar cuidados a los miembros del Plan de Salud de Oregón. 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 del joven

Padre o tutor

Fecha

Plan de Intervención en Caso de Crisis para Jóvenes

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha(s) del Plan: _____

Nombre de los Padres: _____ Nombre del Especialista Clínico: _____

Integrantes de Mi Equipo: _____

Diagnóstico: _____ Padecimiento Médico: _____

Medicamentos Psicotrópicos Actualmente Prescritos: Si No Alergias: _____

1. **¿Cómo Sé que Voy a Entrar en Crisis?** (Factores de Desencadenan/Primeros Indicios de Advertencia): _____

2. **¿Qué Necesito Cuando Estoy en una Situación de Crisis?** (Intervención Temprana y Estrategias de Intervención): _____

3. **Lo Que Necesito Cuando mi Hijo(a) Esta en una Situación de Crisis:** _____

4. **Lo Que No Necesito** (Jóvenes y Padres de familia – Cosas que se intentaron en el pasado y que no fueron útiles): _____

5. **Quiénes Me Ayudan Más Cuando Estoy en una Situación de Crisis** (incluya información de contacto): _____

6. **¿Qué Cosa Pudiera Ayudarme a Mí o a Mi Hijo(a) en Este Momento?** _____

Maneras de Permanecer Seguro:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____