



PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO DE CUIDADO

Nombre del participante	<input type="text"/>	Manejador de Caso Clínico	<input type="text"/>
Núm. Expediente	<input type="text"/>	Fecha de admisión a MCC	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Plan Inicial	<input type="checkbox"/> Plan Actualizado
NECESIDADES IDENTIFICADAS	PLAN DE TRABAJO	RESULTADOS	
<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Consejería en Adherencia <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental <input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Dental <input type="checkbox"/> Cuidado de la Visión <input type="checkbox"/> Cuidado ginecológico / obstétrico <input type="checkbox"/> Terapia Médico Nutricional <input type="checkbox"/> Terapia para abuso de sustancias / alcohol <input type="checkbox"/> Cuidado de Salud en el hogar <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Servicios de Vivienda <input type="checkbox"/> Agencias Gubernamentales <input type="checkbox"/> Agencias Comunitarias <input type="checkbox"/> Servicios Legales <input type="checkbox"/> Servicios de Inmigración <input type="checkbox"/> Ayuda Económica de Emergencia <input type="checkbox"/> Establecimiento de Tarifas Ajustadas <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Firma del Manejador de Casos Clínico: _____