

# CSoC Plan of Care

Plan de atención del CSoC

Plan date:

Fecha del plan:

**Youth Name (First, MI, Last):**

*Nombre del joven (de pila, segundo, apellido):*

**DOB:**

*Fecha de nacimiento:*

**Current Address:**

*Dirección actual:*

**Phone numbers:**

*Números de teléfono:*

\_\_\_\_\_ (home) (casa)

\_\_\_\_\_ (cell) (móvil)

\_\_\_\_\_ (other) (otro)

**Parish:**

*Distrito:*

**Custodian/ Legal Guardian Name:**

*Nombre del cuidador/tutor legal:*

**Current Address:**

*Dirección actual:*

**Phone numbers:**

*Números de teléfono:*

\_\_\_\_\_ (home) (casa)

\_\_\_\_\_ (cell) (móvil)

\_\_\_\_\_ (other) (otro)

**CFT Date:**

*Fecha de la reunión del Equipo para el Niño y la Familia:*

**Member's Current Living Situation  
(Home, foster care, PRTF, TGH, etc.):**

*Situación de vivienda actual del  
miembro (hogar, hogar de acogida,  
centro residencial de tratamiento,  
TGH, etc.):*

**Name of Facility/Person Youth is Residing:**

*Nombre de la instalación donde reside el joven o de la persona  
con quien vive:*

**Contact Name:**

*Nombre del contacto:*

**Contact Number(s):**

*Número de contacto:*

Initial     Review     Reauthorization

Revised due to Crisis     Transition

Other     Discharge

Inicial     Revisión     Reautorización

Revisado por crisis     Transición

Otro     Alta

**Referral date to WAA:**

*Fecha de derivación a  
WAA:*

**Due Date for Next Assessment:**

*Plazo para la próxima evaluación:*

<b>Primary Care Physician:</b> <i>Médico de atención primaria:</i>	<b>Date Consulted:</b> <i>Fecha de la consulta:</i>	<b>Method of Contact:</b> <i>Método de contacto:</i>
<b>Vision/Mission/Strengths</b> <i>Visión/Misión/Fortalezas</i>		
<b>Family Vision (Family's hopes and dreams for future):</b> <i>Visión de la familia (esperanzas y sueños para el futuro):</i>		
<b>Child and Family Team Mission:</b> <i>Misión del Equipo para el Niño y la Familia:</i>		

**Strengths:**  
**Fortalezas:**

**Life Domain Area of Need:**

*Ámbito en el que necesita ayuda:*

- Family     Residence     Social     Education/Vocation     Medical  
 Community     Psychological/emotional/behavioral     Safety  
 Familia     Vivienda     Social     Educación/vocación     Médico  
 Comunidad     Psicológico/emocional/conductual     Seguridad

Needs Statement: <i>Declaración de la necesidad:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1				
Objectives/Goal Statements: <i>Declaración de los objetivos:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
Strategies/Assigned Tasks <i>Estrategias y tareas asignadas</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Duration <i>Duración</i>	Responsible Team Member <i>Miembro responsable del equipo</i>	

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**Barriers:**  
**Dificultades:**  
1.  
2.  
3.

**Life Domain Area of Need:**

*Ámbito en el que necesita ayuda:*

- Family     Residence     Social     Education/Vocation     Medical  
 Community     Psychological/emotional/behavioral     Safety  
 *Familia*     *Vivienda*     *Social*     *Educación/vocación*     *Médico*  
 *Comunidad*     *Psicológico/emocional/conductual*     *Seguridad*

<b>Needs Statement:</b> <i>Declaración de la necesidad:</i>  1		<b>Start Date:</b> <i>Fecha de inicio:</i>	<b>Target Date:</b> <i>Fecha límite:</i>	<b>Drop Date:</b> <i>Fecha de finalización:</i>
---	--	---	---	--

<b>Objectives/Goal Statements:</b> <i>Declaración de los objetivos:</i>		<b>Start Date:</b> <i>Fecha de inicio:</i>	<b>Target Date:</b> <i>Fecha límite:</i>	<b>Drop Date:</b> <i>Fecha de finalización:</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>Strategies/Assigned Tasks</b> <i>Estrategias y tareas asignadas</i>		<b>Frequency</b> <i>Frecuencia</i>	<b>Duration</b> <i>Duración</i>	<b>Responsible Team Member</b> <i>Miembro responsable del equipo</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>Barriers:</b> <i>Dificultades:</i>				
1.				
2.				
3.				

**Life Domain Area of Need:**  
*Ámbito en el que necesita ayuda:*

- Family     Residence     Social     Education/Vocation     Medical  
 Community     Psychological/emotional/behavioral     Safety  
 Familia     Vivienda     Social     Educación/vocación     Médico  
 Comunidad     Psicológico/emocional/conductual     Seguridad

Needs Statement: <i>Declaración de la necesidad:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1				
Objectives/Goal Statements: <i>Declaración de los objetivos:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
Strategies/Assigned Tasks <i>Estrategias y tareas asignadas</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Duration <i>Duración</i>	Responsible Team Member <i>Miembro responsable del equipo</i>	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

8.			
9.			
10.			

**Barriers:**  
**Dificultades:**

1.

2.

3.

**Life Domain Area of Need:**  
*Ámbito en el que necesita ayuda:*

- Family     Residence     Social     Education/Vocation     Medical  
 Community     Psychological/emotional/behavioral     Safety  
 Familia     Vivienda     Social     Educación/vocación     Médico  
 Comunidad     Psicológico/emocional/conductual     Seguridad

Needs Statement: <i>Declaración de la necesidad:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1				
Objectives/Goal Statements: <i>Declaración de los objetivos:</i>		Start Date: <i>Fecha de inicio:</i>	Target Date: <i>Fecha límite:</i>	Drop Date: <i>Fecha de finalización:</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
Strategies/Assigned Tasks <i>Estrategias y tareas asignadas</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Duration <i>Duración</i>	Responsible Team Member <i>Miembro responsable del equipo</i>	
1.				
2.				
3.				

4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**Barriers:**

***Dificultades:***

- 1.
- 2.
- 3.

**Other Recommended Services**

***Otros servicios recomendados***

<b>Service <i>Servicio</i></b>	<b>Organization <i>Organización</i></b>	<b>Contact <i>Contacto</i></b>
Parent Support and Training <i>Capacitación y apoyo para padres</i>		
Youth Support and Training <i>Capacitación y apoyo para jóvenes</i>		
Short-term Respite <i>Relevo de corto plazo</i>		
Independent Living Skills Building <i>Desarrollo de habilidades para la vida independiente</i>		
Crisis Stabilization <i>Estabilización ante crisis</i>		
Community Psychiatric Support and Treatment (CPST) <i>Apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad</i>		
Psychosocial Rehabilitation (PSR) <i>Rehabilitación psicosocial</i>		
Crisis Intervention <i>Intervención ante crisis</i>		
Individual Counseling <i>Terapia individual</i>		
Medication Management		



<i>Uso de los medicamentos</i>		
<i>Homebuilders Construcción para la vivienda</i>		
<i>Others Otros</i>		

**Natural/Informal Supports**  
***Apoyos naturales/informales***

<b>Name <i>Nombre</i></b>	<b>Task <i>Tarea</i></b>	<b>Frequency <i>Frecuencia</i></b>	<b>Duration <i>Duración</i></b>	<b>Contact Information <i>Información de contacto</i></b>

For members 15 or older, what are their transition needs?

*En el caso de los miembros de 15 años de edad o más, ¿cuáles son sus necesidades durante la transición?*

---



---



---



---



---



---

Has member been linked to appropriate adult services and programs?

*¿Se ha conectado al miembro con los programas y servicios para adultos adecuados?*

Yes *Sí*     No *No*

If yes, list contact person(s) information.

*Si la respuesta es "Sí", indicar la información de contacto correspondiente.*

---



---



---

**Crisis Plan**

***Plan ante crisis***

**\*The crisis plan includes action steps as a backup plan if the crisis cannot be averted.**

***\* El plan ante crisis incluye los pasos que se deben seguir como plan de respaldo en caso de que no se pueda evitar la crisis.***

Youth Name (First, MI, Last):

*Nombre del joven (de pila, segundo, apellido):*

Date: (same date as Plan of Care)

*Fecha (la misma que la del plan de atención):*

Behavioral/ Mental Health Diagnosis:

*Diagnóstico conductual/de salud mental:*

Current Medications:  
*Medicamentos que toma actualmente:*

Brief History:  
*Breve resumen de los antecedentes:*

Triggers:  
*Desencadenantes:*

Potential Crisis:  
*Crisis potenciales:*

Action Steps for home and school  
*Pasos que se deben seguir en el hogar y en la escuela*

Person Responsible  
*Persona responsable*

Contact Information  
*Información de contacto*

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

**Discharge Planning**  
***Planificación del alta***

**Natural/Informal Supports and Formal Services to continue:**  
***Apoyos naturales/informales y servicios formales para continuar:***

**Further Recommendations for Natural/Informal Supports and Formal Services:**  
***Recomendaciones adicionales con respecto a los apoyos naturales/informales y los servicios formales:***

