

Plan provisional de atención y libertad de elección

Sección I: Información de identificación

Nombre del beneficiario/niño:		Fecha de nacimiento:	
Dirección física:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono:		Número de Medicaid:	
El beneficiario reside actualmente en (marque uno):			
<input type="checkbox"/> Hogar familiar <input type="checkbox"/> Hogar de grupo <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de desarrollo/ICF <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento psiquiátrico residencial			
Nombre del centro (si corresponde):			

Sección II: Libertad de elección

Entiendo que tengo la opción de aceptar los servicios del CSoC o la ubicación en una institución. Se me ha proporcionado información sobre el CSoC y los servicios institucionales.

Me gustaría recibir (marque una opción): Servicios de exención de CSoC
 Servicios institucionales

Iniciales del beneficiario/tutor legal o custodio legal: _____ *Fecha:* _____

Mi facilitador integral me entregó una copia del Manual para miembros del CSoC de Louisiana, que incluye información importante como los derechos y las responsabilidades, cómo encontrar proveedores y cómo presentar una apelación y una queja.

Iniciales del beneficiario/tutor legal o custodio legal: _____ *Fecha:* _____

Mi facilitador integral me ayudó a saber cómo denunciar la sospecha de abuso, negligencia, extorsión, explotación y muerte de adultos y niños, y a conocer mi derecho de estar libre de restricciones, aislamiento y daños, y me proporcionó material para mi revisión.

Iniciales del beneficiario/tutor legal o custodio legal: _____ *Fecha:* _____

Sección III: Divulgación de información

Permito la divulgación de toda la información relacionada con mi solicitud de servicios, que pueda estar en posesión de la Agencia Integral (WAA), a Magellan Health Services of Louisiana. La divulgación de información incluye, pero no se limita a, mi plan de atención individualizado, las notas de progreso, los informes/evaluaciones del médico, los informes/evaluaciones psicológicas, las evaluaciones médicas/sociales/educativas, incluyendo las proporcionadas por las escuelas, otras agencias u organizaciones, incluida toda la información de terceros que pueda estar en posesión de LDH. En el caso de que este formulario esté firmado por el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS), la información divulgada es confidencial de conformidad con las leyes estatales y federales, incluidas, entre otras, el Estatuto Revisado 46:56 de Louisiana. El uso de esta información se limitará al propósito de proporcionar servicios de salud conductual al niño/a arriba mencionado/a.

Firma del beneficiario/Tutor legal o custodio legal:

Relación con el beneficiario:

Fecha:

Sección IV: Servicios

Entiendo que puedo elegir entre los proveedores y los servicios que tengo derecho a recibir. Se me han explicado estos servicios y se me ha facilitado un listado de proveedores de servicios en mi zona. He elegido el(los) siguiente(s) proveedor(es) y servicio(s).

Mi facilitador integral me ayudó a saber qué servicios de exención están disponibles para mí y me proporcionó material para que lo revise.

Iniciales del beneficiario/tutor legal o custodio legal:

Fecha:

Servicios de exención de CSoC y servicios basados en el hogar y la comunidad

Servicio	Proveedor	Número MIS	Persona de contacto	Número de contacto	Frecuencia

Recursos de la comunidad		
Educativo	Interesado	Remisión solicitada
Instalaciones del 504		
IEP		
Families Helping Families (Familias que ayudan a familias)		
Reunión del SBLC		
Evaluación de la educación		
Desarrollo	Interesado	Remisión solicitada
Chisholm		
Evaluación de OCDD		
Remisión de OCDD		
Exención de OCDD		
Lista de espera de exención de OCDD		
Asistente de cuidado personal		
Médico	Interesado	Remisión solicitada
Terapia ocupacional		
Fisioterapia		
Terapia del habla		
Justicia juvenil	Interesado	Remisión solicitada
FINS		
OJJ		
Libertad condicional		

Sección V: Plan de crisis

ESCUELA - Medidas	Persona responsable	Número de contacto

OTRO:

Medidas	Persona responsable	Número de contacto

He participado en la elaboración del plan de crisis y estoy de acuerdo con los pasos desarrollados.

Firma del beneficiario/tutor legal o custodio legal:	Fecha:
Firma del joven:	Fecha:
Firma del facilitador:	Fecha:

Servicios de exención/HCBS

Los enlaces van a las descripciones de las prácticas basadas en la evidencia en el sitio web de Louisiana Evidence to Practice.

- Tratamiento comunitario asertivo
- [Psicoterapia para padres e hijos](#)
- Asesoría - Grupo
- Asesoría - Individual
- Asesoría - Familia
- CPST (Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario)
- Intervención en crisis
Estabilización en crisis
- Terapia dialéctica conductual
- [EMDR](#) (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)
- [Terapia funcional familiar](#)
- [Terapia funcional familiar CW](#)
- [Homebuilders](#)
- ILSB (Desarrollo de destrezas para la vida independiente)
- Manejo de medicamentos
- [Terapia de interacción entre padres e hijos](#)
- Apoyo para padres
- Terapia recreativa
- [Tratamiento del TEPT en la etapa preescolar](#) (Tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la etapa preescolar)
- Pruebas psicológicas
- Rehabilitación psicosocial
- [TCC centrada en el trauma \(Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma\)](#)
- Relevo a corto plazo
- IOP por consumo de sustancias (Terapia ambulatoria intensiva por abuso de sustancias)
- [Triple P](#)
- Intervención relacional basada en la confianza
- [Tratamiento del TEPT juvenil](#) (Tratamiento del trastorno de estrés postraumático juvenil)
- Apoyo a jóvenes