

## Información proporcionada por un miembro de la familia AB1424 (2001)

Este formulario fue desarrollado conjuntamente por Monterey County Behavioral Health, NAMI Monterey County y los consumidores de salud mental para proporcionar un medio para que los miembros de la familia se comuniquen sobre el historial de salud mental de su pariente de conformidad con el Código de Bienestar e Instituciones (W & I) Sección 5008.2, 5150.05 y 5328. Sec. 5150.05 establece que "cualquier persona que esté autorizada a llevar a esa persona, o hacer que esa persona sea **detenida de conformidad con esa sección DEBERÁ considerar disponible la información relevante sobre el curso histórico del trastorno mental de la persona ...** " El personal de salud mental colocará este formulario en la tabla de salud mental del consumidor. Bajo las leyes federales y de California, los consumidores tienen derecho a ver su gráfico.

Este formulario es completado por un miembro de la familia de (nombre) \_\_\_\_\_

Nombre del consumidor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Idioma Principal \_\_\_\_\_ Religión (Opcional) \_\_\_\_\_

Medi-Cal?  Si  No      Medicare?  Si  No      Nombre del Seguro médico privado \_\_\_\_\_

Si  No      Por favor, pídale al consumidor que firme una autorización permitiendo a los proveedores de Salud conductual del Condado de Monterey comunicarse conmigo sobre su atención.

Si  No      Deseo que me contacten lo antes posible en caso de emergencia, traslado y alta

Si  No      Mi pariente tiene un Plan de Recuperación de Bienestar o Una Directiva Anticipada. (En caso afirmativo, y hay una copia disponible, adjunte una copia a este formulario)

### **Breve historia de la enfermedad mental**

(edad de inicio, capacidades e intereses previos, peligroso para sí mismo o para los demás, discapacidades graves)

Utilice páginas adicionales si es necesario.

### **¿Cuál es la principal preocupación / desafío / problema con el que su pariente está luchando en este momento?**

Utilice páginas adicionales si es necesario.

¿El miembro de la familia tiene un conservador?  Si  No      En caso afirmativo, nombre: \_\_\_\_\_

¿Conoces el diagnóstico del consumidor??  Si  No      En caso afirmativo, diagnóstico \_\_\_\_\_

Fortalezas del Cliente     Educación     Empleo/Voluntario     Metas     Otro \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales** (psiquiátrico y médico)

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Medicamentos a los que el consumidor ha respondido bien: \_\_\_\_\_

Medicamentos que no funcionaron para el consumidor: \_\_\_\_\_

**Tratamiento del psiquiatra y administrador de casos**

Nombre del psiquiatra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del administrador de casos \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Médico**

Condiciones médicas significativas \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos, alimentos, productos químicos, otros \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Número de teléfono. \_\_\_\_\_

**Situación de vida actual**

- Familia  Independiente  Otro: \_\_\_\_\_
- Sin hogar  Transicional
- Pensión y Cuidado  SIL

**Historia de la descompensación**

Marque los síntomas o comportamientos que el consumidor ha tenido en el pasado al descompensarse e indique cuáles está observando con el consumidor ahora.

Síntoma o comportamiento	Pasado	Ahora	Síntoma o comportamiento	Pasado	Ahora
gestos/intentos de suicidio			llanto		
declaraciones suicidas			estar demasiado callado		
pensar en el suicidio			expresar sentimientos de inutilidad		
cortarse a sí mismo			miedo a salir de casa		
dañarse a sí mismo			regalar pertenencias		
dormir demasiado			aumento de la irritabilidad y/o negatividad		
no dormir			reír inapropiadamente		
no comer			suspender la medicación		
sospechoso (paranoia)			Comportamiento repetitivo		
incendio			olvidadizo		
comportamiento agresivo (peleas)			no pagar facturas		
amenazas			tomar más medicamentos de los recetados		
patrones de pensamiento irracionales (no tienen sentido)			no ir a las citas con el médico		
destrucción de bienes			gastar demasiado dinero		
acoso/preocupación sexual			mala higiene		
escuchar voces			comer en exceso		
falta de motivación			comportamiento impulsivo		
ansioso y temeroso			no contestar el teléfono / apagar la máquina del		

			teléfono		
evitar a otros o aislarse			hablar con uno mismo		
hablar demasiado o demasiado rápido			Abuso de sustancias		
argumentativo			falta de vivienda o huida		

**Historia de los episodios de crisis**

Fecha	Comportamiento de crisis / Evento (Incluya una descripción de la crisis y de cualquier desencadenante o precipitante)	Medidas adoptadas	Resultados de la acción

(Adjunte páginas adicionales según sea necesario)

¿Qué ayudó al consumidor en el pasado a lidiar con estas crisis?

¿Qué no ha sido útil?

**Información presentada por**

Nombre (impresion) \_\_\_\_\_ Relación con el consumidor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ (ciudad) (estado) (codigo postal) Número de teléfono \_\_\_\_\_

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

Una persona "será responsable en una acción civil por dar intencionalmente cualquier declaración que él o ella sepa que es falsa" {Código de Bienestar e Instituciones, Sección 515 0.05 (c)}.