



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

Este formulario fue desarrollado conjuntamente por Monterey County Behavioral Health, NAMI Monterey County y las personas bajo cuidado 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. Para el propósito de este documento, el término "persona bajo cuidado" indica a la persona que recibe servicios especializados de salud mental.

Nombre de la persona bajo cuidado _____

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 a la persona bajo cuidado que firme una autorización permitiendo a su(s) proveedor(es) comunicarse conmigo sobre su cuidado.

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

Si No La persona bajo cuidado 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.

¿La persona bajo cuidado tiene un conservador? Si No

En caso afirmativo, nombre: _____

Número de teléfono del conservador: _____

¿La persona bajo cuidado tiene un Poder Legal? Si No

En caso afirmativo, nombre: _____

Número de teléfono del Poder Legal: _____

¿Conoces el diagnóstico de la persona bajo cuidado? Si No

En caso afirmativo, diagnóstico _____

Fortalezas de la persona bajo cuidado: Educación Empleo/Voluntario Metas

Otro _____

Medicamentos actuales (psiquiátrico y médico)

Nombre(s): _____

Medicamentos a los que la persona bajo cuidado ha respondido bien: _____

Medicamentos que no funcionaron para la persona bajo cuidado: _____

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 Servicios de Vida Independiente

Historia de la descompensación

Marque los síntomas o comportamientos que la persona bajo cuidado ha tenido en el pasado al descompensarse e indique cuáles está observando con la persona bajo cuidado 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		
Otro (especificar)			Otro (especificar)		

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 a la persona bajo cuidado en el pasado a lidiar con estas crisis? _____

¿Qué no ha sido útil? _____

Información presentada por

Nombre (impresión) _____ Relación con la persona bajo cuidado _____

Dirección _____ Número de teléfono _____
(ciudad) (estado) (código postal)

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)}.

