



# Plan de tratamiento final de los Servicios Terapéuticos del Comportamiento (TBS)

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA (MRN)

Agencia de TBS

Especialista/instructor de TBS

Fecha

## Elegibilidad

- En riesgo de hospitalización psiquiátrica (5150)
- En riesgo de ubicación en un centro de nivel de clasificación (RCL) de 12 o superior
- Hospitalización psiquiátrica en los últimos 24 meses
- Se permite la transición a un nivel de atención inferior
- Ha recibido previamente TBS siendo miembro de una clase certificada

## Residencia actual

- Familia directa
- Familia extendida
- Hogar de acogida
- Hogar grupal (RCL\_\_\_\_)
- Otro: \_\_\_\_\_

## Recomendación de servicio

Total de horas/semana: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ horas/día, \_\_\_\_\_ días/semana)

N.º estimado de semanas de TBS: \_\_\_\_\_ (no debe superar las 12 semanas)

Ubicación de los servicios:

- Residencia
- Escuela
- Otro: \_\_\_\_\_

## Equipo de tratamiento actual

- Psiquiatra
- Terapeuta
- Trabajador social
- Asistencia integral
- Otro: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información de identificación** (*sexo, edad, raza/etnia, situación de vida, diagnósticos DSM, discapacidades, traumas pasados, antecedentes de tratamiento, puntos fuertes del cliente/familia y cualquier obstáculo previsto para el éxito*).

**Comportamiento objetivo n.º 1**

**Comportamiento:**

**Frecuencia:**

**Intensidad y gravedad:**

**Duración:**

**Latencia:**

**Factores desencadenantes:**

**Función:**

**Comportamiento objetivo n.º 2** (si procede, de lo contrario elimine esta sección)

**Comportamiento:**

**Frecuencia:**

**Intensidad y gravedad:**

**Duración:**

**Latencia:**

**Factores desencadenantes:**

**Función:**

**Conductas adaptativas e intervenciones:** *(Describe cómo se enseñarán, ensayarán, indicarán/provocarán y reforzarán las conductas adaptativas/de sustitución. ¿Cómo se gestionarán los factores desencadenantes? ¿Cuáles son las estrategias reactivas al comportamiento objetivo? Describe las intervenciones que se utilizarán con el cliente, los cuidadores y otras personas para alcanzar el objetivo del tratamiento, y cómo se evaluará la eficacia).*

<i>Individual:</i>	<i>Comportamiento objetivo abordado</i>
<i>Ambiental:</i>	<i>Comportamiento objetivo abordado</i>

**Objetivo y punto de referencia a 30 días** (El **objetivo** es la reducción esperada y necesaria de la(s) conducta(s) objetivo en términos de frecuencia, duración y gravedad. El **punto de referencia** debe describir las actividades que se llevarán a cabo y lo que se espera que el cliente/familia logre en los primeros 30 días (después de la fecha del Plan) para apoyar el logro del Objetivo. Los informes mensuales posteriores deben documentar el progreso en el punto de referencia y, si se logra, debe identificarse un nuevo punto de referencia de 30 días).

Objetivo:

Punto de referencia inicial a 30 días:

**Plan de desvinculación y transición** (Describa cuándo se reducirán y terminarán las intervenciones y las horas de los TBS, utilizando criterios específicos de comportamiento. Describa cómo se preparará el cliente/familia para la finalización de los TBS y para mantener el progreso alcanzado).

**Información (continuación de las páginas anteriores)**

Empty box for information continuation.

## PÁGINA DE FIRMA

\_\_\_\_\_  
Agencia de TBS

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/consumidor\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/cuidador\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del especialista de TBS

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de  
impresión/Matrícula/Designación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor clínico de TBS

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de  
impresión/Matrícula/Designación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del consultor de comportamiento

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de  
impresión/Matrícula/Designación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Coordinador/Jefe del equipo de TBS  
de Contra Costa

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de  
impresión/Matrícula/Designación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Documentar el motivo de la falta de firma del consumidor/padre/madre en este plan.