

## Informe a los 90 días (trimestral) de habilitación especializada Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

NOMBRE DEL CLIENTE	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NOMBRE DE LA AGENCIA DEL PROVEEDOR
FECHA EN QUE SE ELABORÓ O MODIFICÓ EL PLAN INICIAL	RANGO DE FECHAS DE ESTE INFORME

CATEGORÍAS OBJETIVO DE LA HABILITACIÓN ESPECIALIZADA (IDENTIFICADAS EN EL FORMULARIO DE PLAN INICIAL, DSHS 10-657)

- Autoempoderamiento
- Consciencia de la seguridad y autopromoción
- Eficacia interpersonal y comunicación social eficaz
- Estrategias de afrontamiento de los desafíos cotidianos
- Gestión de tareas cotidianas y adquisición de habilidades adaptativas

**Metas y objetivos abordados, como aparecen en la Política 4.20. No puede haber más de tres por plan.**

<b>Meta 1</b>	
<b>Meta 2</b>	
<b>Meta 3</b>	

**Si se identifican nuevas metas de tratamiento, debe modificarse el plan inicial de habilitación especializada.**

**Estrategias de tratamiento usadas para cada una de las metas anteriores**

<b>Meta 1</b>	
<b>Meta 2</b>	
<b>Meta 3</b>	

**Resuma el progreso hacia el logro de las metas en términos objetivos y medibles.**

Si no se han hecho progresos, incluya las estrategias alternativas planeadas.

<b>Meta 1</b>		<b>Logro de la meta, usando una escala del 1 al 10 (10 es el logro de la meta)</b>  <b>Meta 1:</b>  <b>Meta 2:</b>  <b>Meta 3:</b>
<b>Meta 2</b>		
<b>Meta 3</b>		

Escriba las recomendaciones de derivaciones si el participante en la exención presenta potenciales necesidades subyacentes médicas, de salud mental o de apoyo educativo:

¿Cuándo empezó a ofrecer habilitación especializada? (Fechas y horas de los servicios en los últimos 90 días).

FECHA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO (MARQUE EL MÉTODO)	TIEMPO INVERTIDO (EN PERÍODOS DE 15 MINUTOS)
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Remoto	
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Remoto	
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Remoto	
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Remoto	
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Remoto	



## Instrucciones del informe de progreso trimestral de habilitación especializada

**Nombre del cliente:** Escriba el nombre del cliente.

**Nombre del administrador de casos:** Incluya el nombre del administrador de casos del cliente.

**Nombre del proveedor:** Escriba el nombre del proveedor que trabaja directamente con el cliente.

**Nombre de la agencia del proveedor:** Incluya el nombre de la agencia para la que trabaja el profesional clínico que atiende al cliente.

**Fecha en que se elaboró o modificó el plan:** Incluya cuándo se concluyó este plan.

**Fecha de hoy:** Esta es la fecha en que se elabora este formulario.

**Categorías de habilitación especializada en las que se trabaja:** Marque la casilla que corresponda a la categoría de habilitación especializada con la que el cliente desea trabajar. No marque más casillas que metas. Ejemplo: Si el cliente tiene tres (3) metas (que es el máximo en cualquier momento), solo debe haber 3 o menos casillas marcadas. Puede que varias metas pertenezcan a una misma categoría, por lo que es posible tener tres (3) metas, pero solo dos (2) casillas marcadas en esta área.

**Estrategias de tratamiento usadas para cada meta:** ¿Qué métodos y técnicas se han usado para apoyar al cliente? Descríbalos aquí.

**¿Cuál es la frecuencia y duración esperada del servicio?** Describa cuánto tiempo se prevé que durará el servicio de habilitación especializada hasta que el cliente pueda alcanzar su meta. ¿Con cuánta frecuencia tendrá que trabajar el cliente con el proveedor para alcanzar su meta? Ejemplo: Una vez a la semana durante (2) horas, por los próximos tres (3) meses.

**Escriba las recomendaciones de derivaciones:** Si el cliente presenta potenciales necesidades subyacentes médicas, de salud mental o de apoyo educativo (la derivación puede ser a un coordinador de atención, profesional tratante o a la DDA), escriba en esta sección todas las derivaciones necesarias para el cliente que estén fuera de lo que la habilitación especializada puede ofrecer. Ejemplos para tomar en cuenta: ¿Hay alguna inquietud sobre la presentación de la salud mental del cliente o sobre las necesidades educativas de un cliente en edad escolar? ¿El cliente necesita derivaciones a recursos con los que aún no está vinculado?

**Fechas y horas de servicio en los últimos 90 días:** Documente aquí cuándo se brindó habilitación especializada, con qué método de prestación de servicio (presencial o remoto) y después cuánto tiempo se invirtió.

**Firma del cliente:** El cliente debe firmar aquí.

**Firma del representante legal:** Cuando corresponda, el representante legal del cliente debe firmar aquí para aceptar este plan inicial.

**Firma del proveedor:** El proveedor de habilitación especializada debe firmar aquí.