

## Informe (trimestral) de 90 días de terapia musical

NOMBRE DEL CLIENTE		NOMBRE DEL GESTOR DEL CASO	
NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS		NOMBRE DE LA AGENCIA PRESTADORA DE SERVICIOS	
FECHA DE REDACCIÓN DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS (FORMULARIO DSHS 27-194)	INTERVALO DE FECHAS DE ESTE INFORME	PASRR DEL CLIENTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Describe los objetivos y las metas para la terapia musical. Consulte las instrucciones para obtener más información.

<b>Objetivo 1</b>	
<b>Objetivo 2</b>	
<b>Objetivo 3</b>	

**Si se identifica algún objetivo nuevo del tratamiento, el plan inicial de la terapia musical debe ser revisado.**

Marque los casilleros que correspondan a los tipos de estrategias de terapia musical usadas:

- Improvisación musical  
  Escucha musical receptiva  
  Escritura de canciones  
  Debate sobre las letras  
 Música e imágenes  
  Interpretación musical  
  Otras formas de expresión musical

Describe las estrategias del tratamiento usadas para cada objetivo:

<b>Objetivo 1</b>	
<b>Objetivo 2</b>	
<b>Objetivo 3</b>	

Resuma el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos en términos objetivos y mensurables, incluyendo los obstáculos del progreso. Incluya las estrategias alternativas que se planificaron para abordar los obstáculos.

<b>Objetivo 1</b>	Cumplimiento del objetivo, utilizando una escala del 1 al 10 (10 significa que se ha cumplido el objetivo). Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:
<b>Objetivo 2</b>	
<b>Objetivo 3</b>	

Enumere las recomendaciones de derivación realizadas si el participante de la exención presenta posibles necesidades subyacentes de asistencia médica, de salud mental o educativa:

¿Cuándo prestó terapia musical (fechas/horas de servicio en los últimos 90 días)?

FECHA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS (MARQUE EL MÉTODO DE PRESTACIÓN)	TIEMPO DEDICADO (EN 15 MINUTOS)
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teleservicio	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teleservicio	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teleservicio	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teleservicio	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teleservicio	

**Fecha de las reuniones del CFT a las que asistió, de la consulta al especialista en conducta o de otras actividades de coordinación de la atención:**

Fecha:                    cantidad de unidades (15 minutos):  
(un máximo de dos horas por trimestre)

Describa cualquier resultado de las consultas o de la coordinación de la atención, si hubo alguno.

Incluya las visitas adicionales en una página aparte y adjúntela a este informe.

**Unidades totales (15 minutos de servicio prestado en los 90 días anteriores):**

<b>Firmas</b>			
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA		

## Instrucciones para el Informe trimestral del progreso de la terapia musical

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

**Nombre del gestor del caso:** incluya el nombre del gestor del caso del cliente.

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

**Nombre de la agencia proveedora:** incluya el nombre de la agencia para la que trabaja el médico que atiende al cliente.

**Fecha de redacción del formulario de terapias complementarias (27.194):** incluya la fecha en la que se completó este formulario.

**Intervalo de fechas de este informe:** este es el intervalo de fechas sobre el que informa este formulario.

**Cliente del PASSR:** marque este casillero si este es un cliente asistido por el Programa PASSR. El gestor del caso del cliente puede confirmar.

**Describa los objetivos y las metas del cliente para la terapia musical:** incluya cómo se conectan los objetivos con la asistencia recomendada solicitada por el proveedor de salud conductual del cliente. Describa cómo se pretende que cada objetivo se complemente con el plan principal de asistencia conductual. No debe haber más de tres objetivos por plan.

**Marque los casilleros que correspondan a los tipos de estrategias de terapia musical usadas:** marque los casilleros que aplican.

**Describa las estrategias del tratamiento usadas para cada objetivo:** ¿qué métodos y técnicas se usaron para asistir al cliente? Descríbalos aquí.

**Resuma el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos en términos objetivos y mensurables, incluyendo los obstáculos del progreso:** incluya las estrategias alternativas que se planificaron para abordar los obstáculos. Incluya los pasos que el cliente ha dado en la terapia musical para acercarse a sus objetivos. ¿Cómo ha ayudado este servicio al cliente a progresar en sus objetivos? En una escala de -10, ¿en dónde se encuentra el cliente con respecto a su objetivo identificado para la terapia musical?

**Enumere las recomendaciones de derivación:** si el participante de la exención presenta posibles necesidades subyacentes de asistencia médica, de salud mental o educativa (la derivación puede ser al coordinador de atención, al profesional tratante o a la DDA), enumere en esta sección cualquier referencia necesaria para el cliente que esté fuera de lo que la terapia musical pueda proporcionar. Ejemplos de consideraciones: ¿existe alguna preocupación por la situación de salud mental o por las necesidades educativas del cliente? ¿Necesita el cliente que se le remita a recursos con los que aún no está conectado?

**Fechas y horas del servicio en los últimos 90 días:** documente aquí cuándo se prestó terapia musical, a través de qué tipo de prestación de servicios (en persona o a través de teleservicio) se prestó y luego cuánto tiempo se dedicó a la prestación.

**Fecha de las reuniones del CFT a las que asistió, de la consulta al especialista en conducta o de otras actividades de coordinación de la atención:** documente cualquier reunión a la que haya asistido, como la reunión del Equipo de Cliente y Familia para individuos en la exención de CIIBS y documente cualquier nueva estrategia de consulta de atención que se haya discutido.

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

**Firma del representante legal:** cuando corresponda, el representante legal del cliente debe firmar aquí, aceptando este informe.

**Firma del proveedor:** el proveedor de equinoterapia firmará aquí.