DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Programa de VIH, ETS y TB
Servicios Comunitarios contra el VIH

Oregon Health Authority

Plan de atención

"Confidencial: este formulario debe conservarse en una red segura a la que solo tenga acceso el personal financiado por Ryan White."

Nombre del cliente: _____ Fecha del plan de atención: ___/___/_____

Problema u obstáculos principales *(marcar todos los que correspondan)*

- ☐ **Seguro de salud o cobertura médica**
  - ☐ Sin seguro o cobertura médica
  - ☐ Determinación de discapacidad
  - ☐ Falta de documentación para determinar la elegibilidad
- ☐ **Vivienda**
  - ☐ En riesgo de quedarse sin vivienda
  - ☐ Sin hogar
- ☐ **Necesidades básicas**
  - ☐ Falta de comida
  - ☐ Dificultad para acceder a la asistencia
  - ☐ Falta de artículos del hogar o personales
  - ☐ Problemas laborales
  - ☐ Ayuda para el hogar o actividades de la vida diaria
  - ☐ Idioma
  - ☐ Cuestiones legales
- ☐ **Transporte**
  - ☐ Sin transporte personal
  - ☐ No puede pagar el transporte personal
- ☐ **Salud mental**
  - ☐ Depresión
  - ☐ Apoyo social o emocional
  - ☐ Discriminación
  - ☐ Desea obtener ayuda, pero no está disponible
  - ☐ No desea obtener ayuda
- ☐ **Adicciones**
  - ☐ Desea obtener ayuda, pero no está disponible
  - ☐ No desea obtener ayuda
- ☐ **Reducción de riesgos**
  - ☐ Comportamientos de alto riesgo
  - ☐ No comprende los riesgos
  - ☐ No se divulgó su condición en cuanto al VIH
- ☐ **Autosuficiencia**
  - ☐ Lazos rotos
  - ☐ Problemas de comunicación
  - ☐ Dificultad para completar tareas
  - ☐ No puede llenar sus propios formularios
  - ☐ Necesita asistencia financiera
- ☐ **Necesidades médicas**
  - ☐ Mala salud
  - ☐ Necesita una derivación para la atención del VIH
  - ☐ Necesita tratamiento por una enfermedad no relacionada con el VIH
  - ☐ Emergencia médica
- ☐ **Salud bucal**
  - ☐ No tiene dentista habitual
  - ☐ Dolor de dientes o encías
  - ☐ Dificultad para comer o hablar
- ☐ **Alimentación**
  - ☐ Síndrome de desgaste
  - ☐ Problemas con la alimentación
  - ☐ Graves problemas para comer
- ☐ **Cumplimiento**
  - ☐ Carece de un cronograma regular
  - ☐ Efectos secundarios de los medicamentos
  - ☐ Tiene dudas sobre la efectividad de los medicamentos
  - ☐ Régimen complejo
- ☐ **Conocimiento de la enfermedad por VIH**
  - ☐ Poca comprensión
  - ☐ No lo comprende
- ☐ **Otro**
  - ☐ Responsabilidades de cuidar a otros
  - ☐ Cuidado de niños o bienestar de niños
  - ☐ _____
  - ☐ _____
  - ☐

Cuestiones prioritarias y descripción de problemas

Tarea y descripción	Responsable	Fecha meta	Fecha de finalización y resultado

Nombre del cliente: _____ Fecha del plan de atención: ___/___/_____

Tarea y descripción	Responsable	Fecha meta	Fecha de finalización y resultado

Opcional: a criterio del gerente del caso, puede solicitarse la firma del cliente. La firma del gerente del caso es obligatoria.

Responsabilidad del cliente y acuerdo: Participé en la elaboración de mi plan de atención. Entiendo que yo soy responsable de que MI plan tenga éxito. El gerente de mi caso o defensor de salud me explicó qué partes del plan son de mi exclusiva responsabilidad y en cuáles puedo recibir ayuda de ellos. Acepto cumplir con todos los aspectos del plan e informar al gerente de mi caso o defensor de salud si surge algún cambio significativo en mi vida que requiera realizar modificaciones al plan. Acepto mantenerme en contacto con el gerente de mi caso o defensor de salud, según lo planificado. El gerente de mi caso o defensor de salud me explicaron cuáles serían las consecuencias si no cumplo con este acuerdo.

Firma del cliente: _____ Fecha: ___/___/_____

Firma del gerente del caso: _____ Fecha: ___/___/_____