



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

Nombre de Cliente, (Apellido, Nombre, MI,):	Genero: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Fecha de Nacimiento: _ / _ / _
MEDICAID CIN #:	MCO:	Member ID (solo si es aplicable):

### Type Of Safety Alert Plan

- ☐ **Plan de alerta de seguridad (inicial):** Este plan será ejecutado dentro de los primeros 30 días de la primera cita, cara a cara con el niño, la familia o el cuidador. **Fecha Completada:** \_ / \_ / \_
- ☐ **Plan de alerta de seguridad (revisado):** Este Plan debe de ser completado cuando sea necesario frente algún cambio significativo dentro del servicio. Este plan será revisado cada 6 meses posteriores al último PAS. **Fecha completada:** \_ / \_ / \_

Se establece un Plan de Alerta de Seguridad de exención (PAS) cuando el riesgo se identifica y se crea en colaboración con el niño, la familia, los proveedores de servicios, los involucrados en el tratamiento del niño y cualquier otro recurso adicional e influyentes de apoyo. Los Planes de Seguridad reflejaran las circunstancias y preferencias del niño / familia y podrán modificarse con el tiempo.

### Child Contact Information

Dirección actual completa del niño: \_\_\_\_\_

Cuidador / Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del cuidador / padre: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Agencia de Manejo de Caso \_\_\_\_\_

Nombre del Manejador de Casos asignado al cliente \_\_\_\_\_

Número de la Agencia de Manejo de Casos: \_\_\_\_\_



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

Nombre de la escuela, dirección, persona de contacto y número de teléfono \_\_\_\_\_

### Información de Salud

¿Tiene su niño algún diagnóstico de salud mental y / o SED??

☐ SI ☐ No ☐ El cliente o familia prefiere no decirlo.

Si la respuesta es Sí, identifique el diagnóstico e incluya el código de diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño algún diagnóstico médico?

☐ SI ☐ No ☐ El cliente o familia prefiere no decirlo.

Si la respuesta es Sí, identifique el diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

¿Su niño padece de Alergia?

☐ SI ☐ No ☐ El cliente o familia prefiere no decirlo.

Si la respuesta es Sí, especifique que tipo de Alergia \_\_\_\_\_

¿Toma su niño algún medicamento?

☐ SI ☐ No ☐ El cliente o familia prefiere no decirlo.

Si la respuesta es Sí, identifique nombre de medicamento y dosis \_\_\_\_\_

¿Su niño muestra alguna limitación o impedimento funcional?

☐ SI ☐ No ☐ El cliente o familia prefiere no decirlo.

Si la respuesta es Sí, identifique las limitaciones / impedimentos funcionales \_\_\_\_\_



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

### Récord Medico

¿Su niño ha visitado la sala de emergencias (medicina y / o salud mental) en el último año? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es Sí, mencione día y la razón de la visita: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el niño en un hospital o en hospitalizaciones (médicas y / o de salud mental) durante el año pasado: ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es Sí, mencione día y la razón de la visita: \_\_\_\_\_

Factores de riesgo / Historial (por ejemplo, abuso de sustancias, violencia doméstica, autolesión, intentos de suicidio, factores ambientales, etc.)

1. Uso ilícito de drogas ☐ Si ☐ No Explique
2. Intentos de Suicidio ☐ Si ☐ No Como y Cuando
3. Alucinaciones (Auditivas, Visuales) ☐ Si ☐ No Explique:
4. Autolesión ☐ Si ☐ No Explique:
5. Comportamiento Sexual Inadecuado ☐ Si ☐ No Explique:

### Proveedores Formales

Nombre del médico de atención primaria y número de contacto (Si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta y número de contacto (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre y número de contacto del psiquiatra (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre y número de contacto del hospital más cercano (Si aplica) \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia y número de contacto (si aplica): \_\_\_\_\_



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

### CFTSS o HCBS Proveedores

<b>CFTSS - Proveedores de servicios de apoyo para el Tratamiento de niños y familias</b>	<b>HCBS - Proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad:</b>
OLP:	CH:
OLP Supervisor:	CH Supervisor:
CPST:	DH:
CPST Supervisor:	DH Supervisor:
PSR:	CSATS:
PSR Supervisor:	CSATS Supervisor:
YPST:	PR:
YPST Supervisor:	PR Supervisor:
FPST:	CR:
FPST Supervisor:	CR Supervisor:
	CFSS:
	CFSS: Supervisor
	PVS:
	PVS Supervisor:
	SE:
	SE Supervisor:
	PC:
	PC Supervisor:



**Problemas Actuales: Indicadores personales / familiares / legales / sociales, etc.**

<input type="checkbox"/> Escuchar la palabra, "No"	<input type="checkbox"/> Multitudes	<input type="checkbox"/> Falta de Estructura
<input type="checkbox"/> Ser objeto de burlas entre Compañeros / Adultos	<input type="checkbox"/> Estar aislado	<input type="checkbox"/> Sentir Temor/Miedo
<input type="checkbox"/> Ser Tocado	<input type="checkbox"/> No Tener el Control	<input type="checkbox"/> Sentirse Presionado
<input type="checkbox"/> Discusiones	<input type="checkbox"/> Personas Gritando	<input type="checkbox"/> Aburrimiento
<input type="checkbox"/> Sentimiento de Soledad	<input type="checkbox"/> Sonidos Altos y Fuertes	<input type="checkbox"/> Presión de Grupo

Otros Indicadores (Describe):

**Indicadores Tempranos de que el niño se está molestando**

<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Aislar / Retirarse	<input type="checkbox"/> Desafió Verbal
<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> No Hablar	<input type="checkbox"/> Hablar Rápido
<input type="checkbox"/> Sudar	<input type="checkbox"/> No mostrar contacto visual	<input type="checkbox"/> Proceso de pensamiento tangencial
<input type="checkbox"/> Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Llorando / ojos llorosos	<input type="checkbox"/> No Tomar Medicamento
<input type="checkbox"/> Caminar acelerado/despacio	<input type="checkbox"/> Apretar los dientes	<input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos y ritualistas

Otros Indicadores (Describe):



**Comportamientos de Preocupación en los últimos 90 días**

<input type="checkbox"/> Maldecir	<input type="checkbox"/> Destruir Propiedades	<input type="checkbox"/> Agresión Verbal
<input type="checkbox"/> Agresión Física	<input type="checkbox"/> Huir	<input type="checkbox"/> Robar
<input type="checkbox"/> Intento Suicida	<input type="checkbox"/> Participación en Pandillas	<input type="checkbox"/> No seguir instrucciones
<input type="checkbox"/> Crueldad hacia animales	<input type="checkbox"/> Morder	<input type="checkbox"/> Jugar con Fuego
<input type="checkbox"/> Golpear		

Otros Indicadores (Describe):

¿Dónde ocurren los comportamientos de preocupación con mayor frecuencia?

**Estrategias de intervención (¿qué funciona?) Y Fortalezas del niño / familia**

<input type="checkbox"/> Refuerzo Positivo	<input type="checkbox"/> Hablar de sus sentimientos	<input type="checkbox"/> Romper papel
<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Escribir sus sentimientos	<input type="checkbox"/> Respirando Profundo
<input type="checkbox"/> Cambio de ambiente	<input type="checkbox"/> Dibujar	<input type="checkbox"/> Contar hasta 10
<input type="checkbox"/> Escuchar música	<input type="checkbox"/> Ver Televisión	<input type="checkbox"/> Tiempo a solas
<input type="checkbox"/> Leer	<input type="checkbox"/> Juegos de Mesas/electrónicos	<input type="checkbox"/> Golpear una almohada (colchón / sofá)
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Dejando la situación	
<input type="checkbox"/> Hablar con alguien (Mamá, amigo, familia)		

Otros Indicadores (Describe):



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

### **Otras acciones que deben tomar los familiares presentes:**

Si las acciones anteriores no ayudan, la familia llamará al teléfono de crisis:

- Línea directa de exención de CHDFS: (646) 626-1277

Además, los clientes y / o familiares pueden comunicarse con las siguientes líneas directas:

- 888- NYC-WELL (692-9355)
- Envíe un mensaje de texto “WELL” al 65173 para comunicarse por mensaje de texto (disponible las 24 horas, los 365 días del año)
- Línea de vida nacional para la prevención del suicidio 1-800-273-Talk (8255)
- Línea de texto de crisis enviando un mensaje de texto al 741741
- 212-673-3000 samaritanos línea directa de crisis las 24 horas

Si las intervenciones enumeradas anteriormente, no reducen la escala de la crisis y los clientes también están en peligro inmediato o la familia llamará al 911.



Recomendaciones Adicionales (Si es aplicable):



## CHDFS, Inc. Plan de Alerta de Seguridad (PAS)



307 West 38th Street, 6<sup>th</sup> floor NYC, NY, 10018



(212) 695-4564



Fax: (212) 695-4561

@www.chdfs.org

- ☐ Doy mi consentimiento para que este documento sea revisado con la escuela de mi hijo
- ☐ No consiento que este documento sea revisado con la escuela de mi hijo
- ☐ Doy mi consentimiento para que se envíe una copia de este documento a la escuela de mi hijo.
- ☐ No doy mi consentimiento para que se proporcione una copia de este documento a la escuela de mi hijo.

Firmas requeridas (para el plan de seguridad inicial y para cada plan de seguridad actualizado)

Niño/Cliente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Supervisor de Proveedor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Supervisor Clínico (Si aplica) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Copia de la fecha del Plan de Alerta de Seguridad Inicial y las actualizaciones entregadas a la familia

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Copia de la fecha del Plan de Alerta de Seguridad Inicial y las actualizaciones entregadas a la escuela

(si aplica) Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_