



# Plan de tratamiento adicional 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)  Psiquiatra

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

## Ubicación de los servicios:

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

## Equipo de tratamiento actual

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

## Información de identificación (solo actualizaciones)

**Nuevo comportamiento objetivo n.º 1**

**Comportamiento:**

**Frecuencia:**

**Intensidad y gravedad:**

**Duración:**

**Latencia:**

**Factores desencadenantes:**

**Función:**

**Nuevo comportamiento objetivo n.º 2 (si corresponde)**

**Comportamiento:**

**Frecuencia:**

**Intensidad y gravedad:**

**Duración:**

**Latencia:**

**Factores desencadenantes:**

**Función:**

**Conductas adaptativas e intervenciones:** *(solo actualizaciones)*

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

**Objetivo y punto de referencia a 30 días** *(actualizar según sea necesario)*

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).*

(Los TBS también pueden terminar si no se produce un progreso razonable y no se espera que se logre el objetivo del tratamiento).

**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 imprenta/Matrícula/Designación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta/Matrícula/Designación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta/Matrícula/Designación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta/Matrícula/Designación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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