



PLAN DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL DE LA ESCUELA

PLAN DE TRATAMIENTO	
Nombre del Estudiante: _____ _____	
¿El estudiante está recibiendo actualmente salud mental o servicios relacionados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, nombre de facility: _____ _____	
Dirección: _____ _____	
Número de teléfono: __ (____) _____	
PRESENTAR EL(LOS) PROBLEMA(S): (Motivo de los servicios de salud mental)	
HISTORIA DEL ESTUDIANTE:	
MEDICAMENTOS(S):	¿La enfermera de la escuela está al tanto de los medicamentos? (Proporcione copia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
OBJETIVO DE TRATAMIENTO(S):	
OBJETIVO DE TRATAMIENTO(S):	
FRECUENCIA DE SERVICIOS:	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes
TIPO DE SERVICIOS:	<input type="checkbox"/> Sesión Familiar <input type="checkbox"/> de Grupo Individual
Intervención:	
DIAGNOSIS CLINICO:	
Referencia para otros servicios (si es necesario)	

Firma del estudiante: Fecha: _____

Firma del Padre: Fecha: _____

Firma del Consejero de Salud Mental: Fecha: _____