



# PLAN DE CUIDADO/SERVICIOS VOLUNTARIOS

Info in this section pulled from Person Management

Niño(s)

Sexo

Fecha de Nacimiento

## PARTICIPANTES EN EL PLAN DE CUIDADO

Info in this section pulled from Relationships

, Madre

, Padre de

, , Padre de

, , Padre de

### Participación en el desarrollo del plan de cuidado:

All fields in Participation section below pulled from Case Plan Task- Development tab

Participe de contacto	Fecha de nacimiento	Participación	Tipo

Explique por qué ningún partícipe estuvo en la reunión cara a cara:

Describa el papel de los padres de cuidado sustituto, o del guardián legal, cuando se establecían los servicios que el niño iba a recibir:

Describa la ayuda financiera de los padres, incluyendo pero sin limitarse a, seguro de salud y pensión alimenticia:

Describa el papel de los guardianes legales al desarrollar los servicios que debe proveerles al niño o custodio legal:





## TAREAS DEL PLAN DE CUIDADO

Este plan de cuidado se basa en una evaluación familiar

Pulled from Case Plan Task- Development tab↑

FSFN identificación del plan

Case Plan Tasks Header

Fecha de expiración

Case Plan Tasks Header

### RAZÓN POR LA QUE LA OFICINA PARTICIPA

Pulled from user entered narrative field in Case Plan Task – Needs tab

### FORTALEZA FAMILIAR

(Participación familiar, conocimiento y respuesta al plan de estudio)

Pulled from user entered narrative field in Case Plan Task – Strengths tab

### TAREA DEL PLAN

Nombre:

All fields in this section pulled from Case Plan Task – Needs tab

#### Identificación del problema:

#### Tipo de comportamiento deseado:

Fecha de inicio

Fecha fijada

#### 1. Tarea especifica

All fields in this section pulled from Case Plan Task – Needs tab

Pasos a obtener de la tarea

Fecha especifica en la que se inicia la tarea

Fecha de conclusión

Persona responsable de completar la tarea

Proveedor

Otro proveedor

Servicio

Costo

Frecuencia

Otro servicio

Nombre:



**PÁGINA DE FIRMAS**  
Hard coded and always at end of template

---

**FIRMA -** Paciente

---

Fecha

---

**FIRMA -** Paciente

---

Fecha

---

**FIRMA -** Paciente

---

Fecha

---

**FIRMA –** Trabajador Social

---

Fecha

---

**FIRMA -** Supervisor

---

Fecha

---

**FIRMA -** otro

---

Fecha

---

**FIRMA -** otro

---

Fecha

---

**FIRMA -** otro r

---

Fecha

---

**FIRMA -** otro

---

Fecha

---

**FIRMA -** otro

---

Fecha