**Plan de tratamiento** Text, whiteboard

Description automatically generated

**Nombre del cliente:­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Califique cada inquietud en una escala del 1 al 10, siendo 1 el síntoma más leve, 10 el peor y 0 la ausencia de síntomas**

**­­­**

\_\_\_ADD/ADHD \_\_\_Problemas de ira \_\_\_Ansiedad \_\_\_Abuso emocional/verbal

\_\_\_Dependencia \_\_\_Estado de ánimo deprimido \_\_\_Estresantes laborales \_\_\_Pensamientos suicidas

\_\_\_Estresantes financieros \_\_\_Dolor \_\_\_Síntomas maníacos \_\_\_ Transición de la vida

\_\_\_Problemas médicos \_\_\_ Comportamientos obsesivos compulsivos \_\_\_Fobias

\_\_\_Pensamientos acelerados \_\_\_Conflicto relacional \_\_\_Abuso sexual

\_\_\_Dificultades para dormir \_\_\_Abuso/dependencia de sustancias \_\_\_Abuso fisico \_\_\_Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Niño con problemas de comportamiento en la escuela \_\_\_Niño que desobedece en casa \_\_\_Niño con bajas calificaciones en la escuela

Otras preocupaciones no mencionadas anteriormente/síntomas específicos de preocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Metas de la consejería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Intervenciones:**

\_\_\_Entrenamiento en asertividad\_\_\_Manejo de la ira\_\_\_Reestructuración cognitiva \_\_\_Terapia de duelo\_\_\_ Resolución de problemas \_\_\_ Manejo del estrés \_\_\_\_ Enfocado en soluciones \_\_\_ Psicoeducación/Entrenamiento de habilidades \_\_\_ Terapia individual \_\_\_ Terapia de pareja \_\_\_ Terapia familiar

**Reconozco mi participación en el desarrollo de este plan de tratamiento y que busco servicios a través de un proveedor que no acepta seguros fuera de lo que está disponible para mí a través de mi plan de seguro, si corresponde.**

**­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del cliente fecha Firma del cliente para revisión fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otra firma fecha Otra firma para revisión Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kim Romen, LCSW, Teraputa fecha Revisar la fecha del plan Revisar la fecha Revisar la fecha del plan