

Aftercare Plan

Patient's Name: _____

Patient Number: _____

Nature of the illness: _____

Recommended follow-up: _____

Medications prescribed and side effects and dosage schedules (*a signed informed consent form for medications, if attached to this form, may satisfy this requirement*): _____

Patient's expected course of recovery: _____

Recommendations regarding treatment that are relevant to the patient's care: _____

If the patient is a minor being released from involuntary treatment, address education or training needs, if necessary, for the minor's well-being: _____

Other information/instructions: _____

(over)

Referrals

Name/Agency: _____

Address: _____

Phone: _____

Comments: _____

Name/Agency: _____

Address: _____

Phone: _____

Comments: _____

Name/Agency: _____

Address: _____

Phone: _____

Comments: _____

(NOTE: If any item listed above is not completed, it must be explained why.)

Date: _____

Signature of person preparing this aftercare plan: _____

I have received a copy of this aftercare plan. I have also been advised that I may designate another person to receive a copy of this aftercare plan, and I designate the following person:

(If patient declines to designate another person, this should be noted)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signed: _____
(*patient*)

Print name: _____
(*patient*)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signed: _____
(*legal representative*)

Print name: _____
(*legal representative*)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signed: _____
(*designated recipient of aftercare plan*)

Print name: _____
(*designated recipient of aftercare plan*)

Reference: Health and Safety Code Section 1262; Welfare and Institutions Code Sections 5585.57, 5622 and 5768.5

Plan de Cuidados Posteriores

Nombre del paciente: _____

Número de paciente: _____

Naturaleza de la enfermedad: _____

Seguimiento recomendado: _____

Medicamentos recetados, efectos secundarios y cronograma de dosis (*un formulario de consentimiento informado firmado para los medicamentos, si se adjunta a este formulario, puede satisfacer este requisito*):

Período de recuperación previsto para el paciente: _____

Recomendaciones con respecto al tratamiento que sean pertinentes para la atención del paciente: _____

Si el paciente es un menor al que se da de alta de un tratamiento involuntario, aborde las necesidades de educación o capacitación, si fuera necesario, para el bienestar del menor: _____

Otra información/instrucciones: _____

(sobre)

Derivaciones

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Comentarios: _____

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Comentarios: _____

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Comentarios: _____

(OBSERVACIÓN: Si no se completa alguno de los puntos indicados anteriormente, se debe explicar el motivo).

Fecha: _____

Firma de la persona que prepara este plan de atención posterior a la hospitalización:

He recibido una copia de este plan de atención posterior a la hospitalización. También se me ha advertido que puedo designar a otra persona para que reciba una copia de este plan de atención posterior a la hospitalización, y designo a la siguiente persona:

(Se debe indicar si el paciente se rehúsa a designar a otra persona)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____
(paciente)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(representante legal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(destinatario designado del plan de atención posterior a la hospitalización)

Nombre en letra de imprenta: _____
(destinatario designado del plan de atención posterior a la hospitalización)

Reference: Health and Safety Code Section 1262; Welfare and Institutions Code Sections 5585.57, 5622 and 5768.5

