

# 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*)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

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)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

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

