**Revisión del Plan de Tratamiento - Hogar de Grupo)**

**treatment plan review – group home**

**Uso del formulario:** el uso de este formulario es voluntario. No obstante, la cumplimentación de este formulario satisface los requisitos de la norma de DCF 57.23(2)(b) y (c). La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Cumplimente cada sección de este formulario detenidamente en relación con el residente. Se debe llevar a cabo una revisión del plan de tratamiento cada tres meses como mínimo después de haber desarrollado el plan de tratamiento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL RESIDENTE** | | | | |
| Nombre completo (apellido, nombre) | | | | |
| Alias (apodo) | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | Fecha de colocación (mm/dd/aaaa) |
| **PROGRESO DEL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO** | | | | |
| 1. | Objetivo del tratamiento (descripción del objetivo): | | | |
|  | Progreso (describa el progreso realizado para lograr objetivos): | | | |
|  | Obstáculos (describa cualquier obstáculo encontrado en el logro de objetivos): | | | |
| 2. | Objetivo del tratamiento (descripción del objetivo): | | | |
|  | Progreso (describa el progreso realizado para lograr objetivos): | | | |
|  | Obstáculos (describa cualquier obstáculo encontrado en el logro de objetivos): | | | |
| 3. | Objetivo del tratamiento (descripción del objetivo): | | | |
|  | Progreso (describa el progreso realizado para lograr objetivos): | | | |
|  | Obstáculos (describa cualquier obstáculo encontrado en el logro de objetivos): | | | |
| **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO** | | | | |
| Documente cualquier cambio en el plan de tratamiento, incluido cualquier cambio en los indicadores específicos de los objetivos actualizados, los plazos para lograr los objetivos del tratamiento, las consideraciones de crianza razonables y prudentes y los proveedores de servicios. | | | | |
| **FIRMAS** | | | | |
| Persona que finaliza el plan de tratamiento | | | Fecha en que se completó la revisión (mm/dd/aaaa) | |
| Residente | | | Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa) | |
| Padre/madre/tutor | | | Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa) | |
| Custodio legal | | | Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa) | |
| Proveedor de servicios | | | Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa) | |
| Proveedor de servicios | | | Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa) | |