

Nombre del Paciente _____ (Letra impresa) Fecha: _____

PERSONAL: Hay que completar números 1 – 8 al punto de admisión del paciente. **Importante:** Para la primera y segunda pregunta, el Plan 2º se debería completar al admisión. Complete y ponga la fecha de admisión. Anote cualquier cambio que ocurra durante la hospitalización en Plan 2º para la primera y segunda pregunta solamente, incluyendo la fecha (si necesita hacer otros cambios, use el Plan 3º). **Ponga sus iniciales encima de la columna después de cada cambio.**

PERSONAL, PARA LEER A LOS PACIENTES: Para proveerle el mejor tratamiento posible, queremos saber lo que le hace sentir mejor y más seguro cuando está sufriendo o piensa que podría perder el control de si mismo. Las siguientes preguntas nos van a ayudar entenderle mejor y ayudarle sentir más seguro durante su hospitalización. Vamos a compartir esta información con su doctor y el personal para que ellos puedan incorporarlo en su plan de tratamiento.

1. Hay ciertas situaciones que pueden causarle una reacción fuerte o causarle una crisis personal cuando está en el hospital. Para ayudarle a sentirse seguro, queremos saber cuáles situaciones podrían molestarle a Ud. mientras está aquí. Voy a leer una lista de situaciones y Ud. me puede decir cuales de estas le pueden hacer sentirse agitado o que va a perder el control de si mismo. (PERSONAL: Indique todas las que aplican.)

PLAN #	1	2	3	PLAN #	1	2	3
FECHA				FECHA			
Que alguien lo toque				Sentirse aislado			
Puerta del cuarto abierta				Gente en uniforme			
Una hora del día en particular(qual?)				La temporada del año (cuando?)			
Ruidos				Otra persona gritando			
No tener oportunidad de contribuir o decidir a lo que le hacen a Ud.				Tener hombres o mujeres alrededor (cual?)			
Sentir una falta de respeto				Sentir que no me hacen caso			
La hora del cambio de personal				Sentirme amenazado o sin protección			
No tener su propio lugar/espacio				Las inspecciones de cuarto cada noche			
Demasiada gente alrededor cuando estoy enojado				Viendo otras personas escalar y/o verlos restringidos o aislados			
Algo más (favor de notar)				Algo más (favor de notar)			

2. Nos ayuda bastante cuando sabemos lo que le hace sentir **mejor** cuando está agitado o tiene miedo de perder el control personal. ¿Cuáles de las siguientes situaciones le han ayudado a Ud. sentir más control personal? (PERSONAL: Solamente **escoga 3 – 5 cosas.**)

PLAN #	1	2	3	PLAN #	1	2	3
FECHA				FECHA			
Tomar tiempo aparte en su cuarto voluntariamente				Llamar el terapeuta (si es un privilegio extendido a Ud. y con permiso)			
Escribir en un diario				Leer un periódico/libro			
Estar cerca del personal				Mirar la television			
Hablando con el personal profesional sobre mis necesidades				Andar por los pasillos o en un cuarto tranquilo			
Dibujar/Pintar				Llamar un amigo (si es un privilegio extendido a Ud. y con permiso)			
Musica con audifono personal				Golpear el barro			
Pegar a una almohada				Hacer ejercicios			
Ejercicios de respirar hondamente				Meter las manos en agua fría			
Tomar un paseo en los pasillos con el personal				Acostarme con una toalla fresca sobre la cara			
Una taza de té caliente, especialmente de noche				Estirando ligas sobre la muñeca y dejandola ir			
Tomar un baño, o estar sentada cerca del aria del bano.				Marcar el brazo con una pluma roja			

Envolverme en una cobija				Usando una toalla tibia sobre la cara o los ojos para ayudarme a dormir			
Usando una frazada gruesa con pesas para sentirse mas seguro				Algo mas, describala			

PERSONAL, LEA AL PACIENTE: Cuando empieza a sentirse agitado o en una crisis, vamos a sugerir estas ideas para ayudarlo a sentirse más calmado. Esperamos que Ud. va a usar estas recomendaciones para mantener la seguridad de Ud. y los demás. Aunque no podemos ofrecerle **siempre** cada alternativa que Ud. sugiere, queremos trabajar juntos con Ud. para su bien. Cada día durante el Grupo de Metas (Goal Group), vamos a revisar las sugerencias calmantes que Ud. identificó y lo que Ud. puede hacer y lo que nosotros podemos hacer para ayudarlo a sentirse seguro mientras está aquí.

3. Considerando lo que Ud. necesita para sentirse seguro aquí, es importante que nos informe si Ud. haya sido restringido o mantenido contra su voluntad en un sitio de tratamiento. ¿Esto le ha ocurrido alguna vez?

Sí No

PERSONAL: SOLAMENTE siga con preguntas 4 – 7 si la respuesta es “Sí” a la pregunta #3. Si no, continúe al fin y pida que el paciente firme la forma y pregúntele si tiene alguna preguntas sobre la entrevista.

4. ¿En dónde lo restringieron?

en el hospital en una unidad de crisis en un programa residencial en otro lugar

Favor de pensar en la última vez que lo restringieron y las razones porque.

Fue porque Ud. (personal lea la lista completa):

- Amenazó a alguien con un asalto físico y grave
- Asaltó físicamente a otra persona
- Amenazó hacerse daño grave a si mismo
- Intentó o realizó hacerse daño a si mismo
- Le dieron un sedativo (restringido con medicina)
- Lo restringieron los brazos, pero estaba libre a caminar
- Le pusieron correas restrictivas en la cama

¿Cómo lo restringieron?

5. Si Ud. se comporta en una manera que representa un peligro a otra persona o a si mismo, pueda ser necesario restringirlo o ponerle en aislamiento. Si llegamos a este punto, queremos saber lo que Ud. prefiere, si es apropiado. ¿Cuál prefiere? (Personal, lea todo y pregunte al paciente que escoga una o dos máximo.)

Encerrado en un cuarto calmado		En aislamiento con la puerta abierta	
Tomar un sedativo (medicina)		Le pusieron correas restrictivas en la cama	
Lo restringieron los brazos, pero estaba libre a caminar (posey vest)			

6. ¿Si es necesario restringirle, hay algo que podemos hacer para llegar a un acuerdo, un contrato de seguridad, para ayudarlo salir con más rapidez? Favor de describir.

7. Es posible que sea necesario darle medicina si las restricciones físicas no le ayudan a calmarse. ¿Quiere Ud. hablar con su doctor sobre la medicina que preferiría? Sí No

El paciente no pudo completar la entrevista al punto de admisión.

Razón porque:

- demasiado sedativo
- demasiado síntomas
- impedimento cognitivos
- restringido
- no estaba listo para cooperar
- rehusó completamente

(Si indicó algo, tiene que repetir la entrevista a cada cambio de personal hasta que este completo, a menos que el paciente insista que no siga atentando.)

****AL COMPLETAR LA ENTREVISTA****

_____ (firma del personal) _____ (fecha)

_____ (firma del paciente) _____ (fecha)