



**DEPARTAMENTO DE SALUD  
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS**

**NOTAS DE INTERVENCIÓN**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Núm. Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevista Inicial

Entrevista Seguimiento

**Referido por:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico            | <input type="checkbox"/> Psicólogo                   | <input type="checkbox"/> Outreach de la Agencia |
| <input type="checkbox"/> Farmacia          | <input type="checkbox"/> Técnico de Enlace a Cuidado | <input type="checkbox"/> Coordinadora           |
| <input type="checkbox"/> EPI               | <input type="checkbox"/> Voluntario                  | <input type="checkbox"/> Agencia: _____         |
| <input type="checkbox"/> Educador en Salud | <input type="checkbox"/> Citado                      |   |

**Razón / Necesidad:** \_\_\_\_\_

**Intervención:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientación de Servicios                   | <input type="checkbox"/> Desarrollo de plan individualizado | <input type="checkbox"/> Consejería Adherencia                 |
| <input type="checkbox"/> Historial Bio–Psicosocial                  | <input type="checkbox"/> Cubierta Especial                  | <input type="checkbox"/> Plan de fortalecimiento de Adherencia |
| <input type="checkbox"/> Consejería ADAP / HIAP                     | <input type="checkbox"/> Intervención telefónica            | <input type="checkbox"/> Discusión de caso                     |
| <input type="checkbox"/> Re-certificación ADAP / HIAP               | <input type="checkbox"/> Revisión de expediente             | <input type="checkbox"/> Seguimiento a Ausencias               |
| <input type="checkbox"/> Plan de Trabajo / Actualización            | <input type="checkbox"/> Entrevista con colaterales         | <input type="checkbox"/> Seguimiento a Referido                |
| <input type="checkbox"/> Acceso a medicamentos<br>NO pagos por ADAP | <input type="checkbox"/> Consejería reducción de riesgo     | <input type="checkbox"/> Coordinación a Referido               |
| <input type="checkbox"/> Consentimientos                            | <input type="checkbox"/> Recordatorio de citas              | <input type="checkbox"/> Cierre del Expediente                 |

**Referido a:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico              | <input type="checkbox"/> Psicólogo/a                      | <input type="checkbox"/> Aseguradora                               |
| <input type="checkbox"/> Farmacia            | <input type="checkbox"/> Técnico de Enlace a Cuidado      | <input type="checkbox"/> Agencia de Gobierno Estatal/<br>Municipal |
| <input type="checkbox"/> ADAP/ADAPEL         | <input type="checkbox"/> Organización de Base Comunitaria | <input type="checkbox"/> Otro: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Educador/a en Salud |   |  |

**Seguro Médico:**

- |                                       |  |                       |
|---------------------------------------|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ADAP/Reforma | <input type="checkbox"/> Plan Privado/HIAP | Fecha de vencimiento: |
| <input type="checkbox"/> ADAP PURO    | <input type="checkbox"/> Plan Privado      | _____/_____/_____     |

**Fecha de Cita de Seguimiento:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Manejador de Casos Clínico

Registrado en CARE WARE