



PLAN DE RECUPERACIÓN CENTRADO EN LA PERSONA
PÁGINA DE FIRMA

Nombre del consumidor: _____

Fecha del plan: _____ Identificación del consumidor _____

Fecha de finalización: _____

Fecha(s) de revisión: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Al firmar este formulario, reconozco que he participado y estoy de acuerdo con el plan de tratamiento.

Escribir mi nombre representa mi firma.

Consumidor: _____

Guardián: _____

Terapeuta principal: _____

Proveedor que prescribe: _____

Administrador de casos: _____

Especialista en apoyo entre pares: _____

Asociado de apoyo comunitario: _____

Miembro de la familia: _____

Profesional autorizado o certificado: (si el _____
terapeuta no está acreditado por una junta de licencias profesionales)

Otro: _____