



La Coalición de la Familia de Utah
Plan de Transición del Proceso de Cobertura Total

Nombre del Cliente:

Fecha:

1. Meta de la Visión a Largo Plazo:
2. Misión del Equipo
3. Fortalezas: Ver el documento adjunto SNCD (Resumen de Fortalezas, Necesidades y Cultura)
4. Lecciones aprendidas durante el Proceso de Cobertura Total: _____

5. Necesidades que se presentan continuamente: _____

6. ¿Qué hacer si los síntomas regresan o si servicios adicionales son necesarios? Y como se va a presentar esto? _____

(Referir o continuar los servicios con:)

Ayuda Informal/de Agencia	Número de Teléfono	Fecha de la Cita	Hora de la Cita

7. El Cliente/La Familia está participando en el Proceso de Cobertura Total en el momento de la transición: Si No
8. Fecha de la última actualización del SNCD: _____ Fecha de la última actualización del Plan de Crisis/Seguridad: _____
9. Se le ha enseñado al Cliente/La Familia como facilitar las reuniones FT: Si No
10. ¿Cuál es el plan para asegurar que el Cliente / la Familia sea contactada una vez al mes por un periodo de tres meses luego de la transición? _____

Persona responsable: _____

Fechas de los Seguimientos: _____