|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PLAN DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS** | | |
| Nombre: | | La última vez: |
| Número de teléfono: | |  |
| **Factores/causas de estrés:** | | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Fase estable y neutra** | | |
| Qué es lo que noto: | Lo que puedo hacer: | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Primeros indicios de una posible ............** | | |
| Qué es lo que noto: | Lo que puedo hacer: | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| En qué se fija otra persona: | Qué puede hacer otro: | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Fase leve..............** | | |
| Qué es lo que noto: | Lo que puedo hacer: | |
|  |  | |
|  |  | |
| En qué se fija otra persona: | Qué puede hacer otro: | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Fase moderada ..............** | | |
| Qué es lo que noto: | Lo que puedo hacer: | |
|  |  | |
|  |  | |
| En qué se fija otra persona: | Qué puede hacer otro: | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Fase grave ..............** | | |
| Qué es lo que noto: | Lo que puedo hacer: | |
|  |  | |
|  |  | |
| En qué se fija otra persona: | Qué puede hacer otro: | |
|  |  | |
| **Números de teléfono importantes** | | |
| Demandado 1: | Enfermera: | |
| Demandado 2: | Médico/Psiquiatra: | |
|  | Limpieza de la casa: | |