|  |
| --- |
| **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: |