Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_\_\_Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evaluación de CalAIM**

**Dominio 1:** Enumere/Describa Problema(s) Presentados, Estado Mental Actual, Historial de Problema(s) Presentados y Discapacidad(es) Identificada(s) del Cliente.

**Dominio 2:** Enumere/Describa Trauma – Indique N/A si no es aplicable.

**Dominio 3**: Enumere/Describa Comorbilidad e Historial de Salud del Comportamiento.

**Dominio 4**: Enumere/Describa Historial Médico, Medicamentos Actuales, Historial de Medicamentos y Comorbilidad con Salud del Comportamiento.

**Dominio 5:** Enumere/Describa Circunstancias Sociales y de Vida y Cultura/Religión/Espiritualidad.

**Dominio 6:** Enumere/Describa Fortalezas, Comportamientos de Riesgo y Factores de Seguridad.

**Dominio 7:** Enumere/Describa Resumen Clínico y Recomendaciones, Impresión Diagnóstica, y Determinación de Necesidad Médica/Nivel de Atención/Criterios de Acceso.

**Lista de Problemas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descripción | Código ICD 10 | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma: Fecha:

Nombre con Letra de Imprenta: