



**Valley-Wide**  
Health Systems, Inc.  
*Your Health, Our Priority!*

### **Reconocimiento de los Objetivos del Tratamiento y Planificación de Servicios**

Reconozco que he participado en el desarrollo de un plan de servicio fechado \_\_\_\_\_ para mi (o para mi hija/o menor de edad \_\_\_\_\_.)

He revisado con mi administrador de atención mi diagnóstico y progreso, lo que indica mi acuerdo con el curso de tratamiento dictado por mi plan de servicios. Se me ha ofrecido una copia de mi plan de servicio.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Cliente y el Número de Identificación del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Admisión

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Guardián                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor                                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero                                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del consejero