

Relapse Prevention Plan

Patient name _____ Today's date _____

Mental health medications

_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed
_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed
_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed
_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed
_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed
_____, _____ mg, am/noon/pm/as needed

Other treatments

Personal warning signs

Things I do to prevent symptoms from returning

In symptoms return, contact _____ Phone _____

Contact/appointment information

Primary care _____ Phone _____ Appointment _____
Therapist _____ Phone _____ Appointment _____
Psychiatrist _____ Phone _____ Appointment _____

Plan de Prevención de Recaídas

Nombre del paciente _____ La fecha de hoy _____

Medicamentos para la salud mental

_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario
_____, _____ mg, la mañana/ al mediodía/ la noche/ según sea necesario

Otros tratamientos

Señales de advertencia personal

Cosas que me hacen para prevenir los síntomas de volver

En los síntomas volver, comuníquese con _____ Número de teléfono _____

Contact/appointment information

Médico _____ Número de teléfono _____ día de la cita _____
Psicoterapeuta _____ Número de teléfono _____ día de la cita _____
Psiquiatra _____ Número de teléfono _____ día de la cita _____