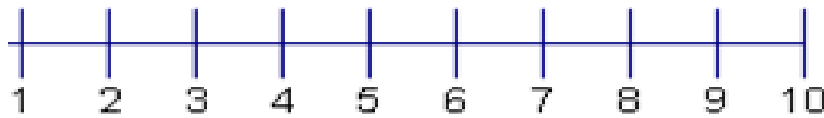


SUMMIT Plan de Tratamiento

FECHA	METAS	OBJECTIVOS	OBSTÁCULOS ABORDADOS	FORTALEZAS	MEDIDAS DE ACCIÓN	PERIODO DE TIEMPO	DISPOSICIÓN

Tratamiento con ayuda de medicamentos (M.A.T.)

¿Qué tan interesado(a) está en mantener abstinencia?



Qué tan preparado(a) está para cambiar su relación con el alcohol/drogas?



_____ Consejero(a) de SUMMIT

_____ Firma del Paciente

_____ Fecha

