

Le gusta:

Incluya lo que es importante para la persona, lo que "funciona", lo que lo pone alegre, las áreas en las que sobresale, lo que realmente lo hace feliz.

Nombre de la persona

Supervisión necesaria:

**Incluya qué tan estrecha debe ser la supervisión de la persona por parte del personal. ¿En dónde debe estar físicamente el personal respecto a la persona?
¿Cuánto tiempo puede quedarse sola la persona en un área segura con una actividad?
¿Supervisión nocturna?
¿Supervisión comunitaria?**

No le gusta:

Incluye cosas que hacen que la persona esté incómoda, a las que responde bien, que pueden provocar una respuesta negativa, maneras de interactuar u otras cosas que "no funcionan".

¡Riesgos!

Incluya todos los riesgos que representen un peligro inminente que amenace la vida del cliente o de otras personas. Incluya las cosas que deben restringirse, los protocolos de supervisión, las necesidades dietéticas especiales o desencadenantes y técnicas conductuales.

Habilidades y capacidades:

Incluya cosas en las que la persona es realmente buena, los tipos de cosas que hace bien, sus talentos especiales; especialmente las cosas que no se noten a simple vista.

Estilo de comunicación:

Incluya la mejor manera de comunicarse de la persona y la manera en que prefiere que los demás se comuniquen con ella. Si utiliza tecnología, incluya cómo usarla.

Servicios planeados de relevo nocturno Acuerdo personalizado

Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

NOMBRE DE LA PERSONA			
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ()	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ()	TELÉFONO PARA EMERGENCIAS / CELULAR (CON CÓDIGO DE ÁREA) ()	TELÉFONO/CELULAR DEL CUIDADOR SUPLENTE (SI EL PADRE, MADRE O TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE) ()	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO		NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ()	
Fechas / horas del relevo programado			
DEL	HORA	AL	HORA
Parte 1. Debe ser contestada por el proveedor de relevo después de analizar la solicitud y hablar con la persona o familia.			
Tipo de asistencia que se prestará para tomar medicamentos orales (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal mantendrá todos los medicamentos en un lugar seguro y los administrará por delegación de enfermería. <input type="checkbox"/> El personal mantendrá todos los medicamentos en un lugar seguro y supervisará los medicamentos orales. <input type="checkbox"/> El personal solamente dará recordatorios de los medicamentos que el personal no guarde en un lugar seguro. <input type="checkbox"/> La persona no toma ningún medicamento oral. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Tipo de asistencia que se prestará para tomar medicamentos tópicos y/o alimentación por sonda (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal mantendrá los medicamentos en un lugar seguro y administrará medicamentos tópicos / tratamiento / alimentación por sonda por delegación de enfermería. <input type="checkbox"/> El personal mantendrá los medicamentos en un lugar seguro y supervisará los medicamentos tópicos. <input type="checkbox"/> El personal dará recordatorios de los medicamentos tópicos que no se guarden en un lugar seguro. <input type="checkbox"/> La persona no necesita ningún medicamento tópico ni alimentación por sonda. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Tipo de asistencia que se prestará para las tareas de higiene personal y actividades de la vida cotidiana	<input type="checkbox"/> El personal prestará apoyo físico completo para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal prestará algo de apoyo físico para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal dará indicaciones para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal no prestará apoyo para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Supervisión necesaria por parte del personal durante el día y la tarde en el hogar (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal permanecerá lo bastante cerca para oír a la persona en todo momento <input type="checkbox"/> El personal siempre estará cerca y disponible, pero no necesita estar directamente con la persona en todo momento <input type="checkbox"/> La persona puede quedarse sola hasta Number of hours (debe incluirse el tiempo)		
Supervisión necesaria durante la noche (marque sólo una)	<input type="checkbox"/> El personal pasará la noche en el hogar de relevo y brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal permanecerá lo bastante cerca para oír a la persona en todo momento <input type="checkbox"/> Supervisión del personal nocturno en el hogar de relevo, el personal puede estar fuera del hogar hasta Time (debe incluirse el tiempo) <input type="checkbox"/> El personal nocturno no permanecerá en el hogar de relevo, pero acudirá a revisar al menos una vez cada Time (debe incluirse el tiempo)		
Supervisión necesaria del personal mientras está en la comunidad (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal acompañará a la persona en la comunidad y brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal acompañará a la persona en la comunidad; puede compartir la supervisión con otras personas <input type="checkbox"/> La persona puede estar en la comunidad de manera segura sin supervisión del personal		

Actividades a ofrecer / disponibles dentro del hogar (marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Juegos <input type="checkbox"/> Rompecabezas <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Videojuegos <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> TV / Películas <input type="checkbox"/> Manualidades <input type="checkbox"/> Acceso a internet <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Otras (indicar):
Artículos que la persona traerá para entretenerse en el hogar	
Actividades a ofrecer / disponibles en la comunidad (marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> Caminar en el parque o vecindario <input type="checkbox"/> Salir a comer <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Salir al cine <input type="checkbox"/> Servicios religiosos <input type="checkbox"/> Otras (indicar):
Dinero o tarjetas de regalo que la persona traerá para pagar su parte del costo de eventos comunitarios	<input type="checkbox"/> Se llevará un registro <input type="checkbox"/> Se guardarán los recibos <input type="checkbox"/> La persona puede administrar su dinero, no se necesitan registro ni recibos <input type="checkbox"/> Otra (describa):
Transporte que se brindará durante la estancia de relevo (marque todas las aplicables)	<input type="checkbox"/> Vehículos propiedad de la agencia <input type="checkbox"/> Vehículos propiedad del personal <input type="checkbox"/> Transporte público genérico <input type="checkbox"/> Transporte público especializado <input type="checkbox"/> Caminar a áreas cercanas <input type="checkbox"/> Otro (describa):
Apoyos para comer, alergias y adaptaciones	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Solo alimentación por sonda <input type="checkbox"/> Dieta líquida / suave / puré <input type="checkbox"/> Alimentos cortados en bocados <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Necesita supervisión y ayuda del personal para comer <input type="checkbox"/> Otros (describa):
Dispositivos médicos a usar durante las visitas con base en necesidades evaluadas (el personal deberá recibir instrucciones de uso)	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer <input type="checkbox"/> Barandillas de cama <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Otros (describa):
Adaptaciones ambientales necesarias para la seguridad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Suministros de limpieza bajo llave <input type="checkbox"/> Otras (describa):
Otros artículos que traerá la persona (marque todos las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Ropa interior <input type="checkbox"/> Artículos de aseo personal <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación <input type="checkbox"/> Otros dispositivos o equipos médicos:
En el caso de dispositivos de comunicación, de haberlos, indique el apoyo y la instrucción al personal en el uso del dispositivo	<input type="checkbox"/> El personal no brindará apoyo para el uso del dispositivo de comunicación <input type="checkbox"/> El personal brindará apoyo para el uso del dispositivo de comunicación Si se brinda apoyo, las instrucciones al personal incluyen:
Revisión y firma del proveedor de servicios planeados de relevo nocturno	
FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
Parte 2. Debe llenarla el padre, la madre, el tutor o el cuidador, después de leer el acuerdo de relevo.	
Cambios en los medicamentos desde que se llenó la solicitud de relevo inicial	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Indicar:
Cambios en la salud, la conducta, u otros cambios desde que se llenó la solicitud de relevo inicial	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Indicar:
Todas las otras necesidades identificadas o cambios necesarios al acuerdo de relevo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí (describa):	
Entiendo que hay algunos riesgos conocidos en el uso de dispositivos médicos. Después de ponderar los beneficios previstos y los riesgos para la seguridad, consiento a que el personal use los siguientes dispositivos médicos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer <input type="checkbox"/> Barandillas de cama <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Otro (describa):	

Firmas

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR / CUIDADOR	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA DE ENTREGA AL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO DE LA DDA
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	

Parte 3. Debe llenarla todo el personal después de leer el acuerdo de relevo y antes de trabajar a solas con la persona.

Es necesario que los miembros del personal firmen a continuación antes de trabajar a solas con un cliente de servicios planeados de relevo nocturno, y que indiquen que han leído, entendido y aceptado los servicios de apoyo que se describen en el acuerdo de servicios planeados de relevo nocturno.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PERSONAL	FECHA