## Nombre: Click or tap here to enter text.

##

# Servicios de cuidado personal para adultos

|  |
| --- |
| Si la persona utiliza un método de comunicación que no sea la verbalización, indique cómo se respondieron estas preguntas (es decir, la familia/el miembro del personal respondió las preguntas, la persona respondió con señales no verbales, etc.) Click or tap here to enter text.  |

**Preguntas para hacerle a la persona que recibe los servicios:**

1. Entiendo que le gusta Click or tap here to enter text.

Mencione sus actividades preferidas del plan de apoyo

¿Puede hacerlas con la frecuencia que desea? [ ] SÍ [ ] NO

1. Entiendo que le gusta pasar tiempo con Click or tap here to enter text.

Mencione del plan de apoyo

¿Puede pasar con ellos todo el tiempo que le gustaría? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es No, ¿por qué? Click or tap here to enter text.

1. ¿Usted se encarga de hacer las compras de las cosas que necesita? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es No, ¿quién lo hace?Click or tap here to enter text.¿Está de acuerdo con eso?

 [ ] SÍ [ ] NO

1. Si no le gusta lo que come, ¿tiene otras opciones? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es No, explique:Click or tap here to enter text.

1. ¿Hay algo que cambiaría sobre dónde o con quién vive? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es Sí, ¿qué cambiaría? Click or tap here to enter text.

1. ¿Hay algo que cambiaría de lo que hace durante el día? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es Sí, ¿qué cambiaría? Click or tap here to enter text.

1. ¿Qué hace usted en los siguientes casos?
2. Tornado Click or tap here to enter text.
3. Incendio Click or tap here to enter text.
4. Corte de electricidad Click or tap here to enter text.
5. Una persona lo lastima/maltrata/es cruel con usted Click or tap here to enter text.
6. Se lastima/se enferma Click or tap here to enter text.
7. El miembro del personal no se presenta a trabajar Click or tap here to enter text.
8. Cuénteme en qué objetivos está trabajando. Click or tap here to enter text.

¿Cómo le ayuda el miembro del personal con eso? Click or tap here to enter text.

1. ¿Tiene alguna pregunta o hay algo más que le gustaría comentarme?

Click or tap here to enter text.

**Preguntas para hacerle al personal**

Nombre del miembro del personal: Click or tap here to enter text.

¿Cuánto tiempo lleva el miembro del personal trabajando con esta persona? Click or tap here to enter text.

¿Cuánto tiempo lleva el miembro del personal trabajando para esta agencia?Click or tap here to enter text.

1. ¿Cómo aprendió a brindarle apoyo a esta persona? Click or tap here to enter text.
2. ¿Esta persona tiene necesidades nutricionales especiales? (calorías, alergias a alimentos,
bajo contenido de sodio, etc.) [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son? Click or tap here to enter text.

¿Necesita algún tipo de apoyo especial para la preparación de alimentos/comida? (pisar alimentos o hacerlos puré, cortarlos, etc.) [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de apoyo? Click or tap here to enter text.

 ¿Esta persona está de acuerdo con esta dieta? [ ] SÍ [ ] NO

 ¿Qué hace si la persona se niega a seguir la dieta? Click or tap here to enter text.

1. El plan describe que la persona utiliza (mencionar el equipo/la tecnología de asistencia)

Click or tap here to enter text.

¿Qué tipo de apoyo necesita para usar estos elementos? Click or tap here to enter text.

1. ¿Cuáles son las necesidades médicas de esta persona? Click or tap here to enter text.

¿De qué manera brinda apoyo para satisfacer estas necesidades? Click or tap here to enter text.

 Si se necesitan servicios de salud, ¿con quién se comunica? Click or tap here to enter text.

¿Recibe seguimiento con respecto al resultado? [ ] SÍ [ ] NO

1. ¿Esta persona tiene algún derecho o procedimiento restrictivo? [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es Sí, ¿cuál? Click or tap here to enter text.

 ¿Esto se aborda en el plan de la persona? [ ] SÍ [ ] NO

1. ¿Qué comportamiento muestra esta persona? Click or tap here to enter text.

 ¿De qué manera brinda apoyo para satisfacer esta necesidad? Click or tap here to enter text.

1. ¿Esta persona toma medicamentos psicotrópicos? [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son los posibles efectos secundarios y dónde acude para encontrar estos medicamentos? Click or tap here to enter text.

1. ¿Dónde guarda el plan de apoyo? Click or tap here to enter text.
2. Según el plan, ¿cuáles son los objetivos de los servicios de cuidado personal? Click or tap here to enter text.
3. ¿Qué hace usted en los siguientes casos?
4. Tornado Click or tap here to enter text.
5. Incendio Click or tap here to enter text.
6. Corte de energía Click or tap here to enter text.
7. No se presenta el miembro del personal del siguiente turno Click or tap here to enter text.
8. Usted sospecha de abuso, negligencia o explotación Click or tap here to enter text.
9. ¿Sabe cómo hacer una denuncia por abuso, negligencia o explotación (ANE) directamente ante los Servicios de Protección para Adultos (APS)? (omitir si se menciona arriba) [ ] SÍ [ ] NO
10. ¿Tiene alguna pregunta o hay algo más que le gustaría comentarme?

Click or tap here to enter text.

**Preguntas que responde el revisor en función de sus observaciones/entrevistas:**

Las interacciones fueron positivas entre la persona y los padres/la familia. [ ] SÍ [ ] NO [ ] N/A

Las interacciones fueron positivas entre el miembro del personal y la persona. [ ] SÍ [ ] NO [ ] N/A

La persona expresó sus propias opiniones. [ ] SÍ [ ] NO

Los servicios son consistentes con el plan de apoyo. [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es No, explique: Click or tap here to enter text.

La persona estaba libre de restricciones de derechos o intervenciones restrictivas (es decir, alarmas en puertas, refrigeradores o gabinetes cerrados con llave, etc.). [ ] SÍ [ ] NO

 Si la respuesta es No, explique: Click or tap here to enter text.

La propiedad:

* Está razonablemente limpia y bien mantenida. [ ] SÍ [ ] NO
* Es segura y está protegida. [ ] SÍ [ ] NO
* Cuenta con iluminación adecuada tanto en su interior como exterior. [ ] SÍ [ ] NO
* Tiene espacio adecuado. [ ] SÍ [ ] NO
* Cuenta con accesos para satisfacer las necesidades de la persona. [ ] SÍ [ ] NO

**Reconocimientos** (observaciones positivas que el revisor ha anotado sobre el miembro del personal, la persona que recibe los servicios, el lugar, etc.): Click or tap here to enter text.

**Comentarios/observaciones**: Click or tap here to enter text.