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

# Servicios de cuidado personal para niños (menores de 18 años)

#### La revisión se debe completar en el hogar del niño con este presente.

#### Nombre del familiar que participó en la revisión: Click or tap here to enter text.

**Preguntas para hacerle a la familia:**

1. ¿El servicio satisface las necesidades de su familia? [ ] SÍ [ ] NO

Comentarios: Click or tap here to enter text.

1. ¿Se siente cómodo con la(s) persona(s) que cuidan a su hijo? [ ] SÍ [ ] NO

Comentarios: Click or tap here to enter text.

1. ¿Qué otros servicios o elementos de apoyo necesitará su hijo este año? Click or tap here to enter text.
2. ¿Su hijo tiene alguna necesidad médica no cubierta? [ ] SÍ [ ] NO

Comentarios: Click or tap here to enter text.

1. ¿Su hijo tiene alguna necesidad médica de salud mental no cubierta? [ ] SÍ [ ] NO

Comentarios: Click or tap here to enter text.

1. ¿Le han proporcionado información sobre qué hacer si cree que su hijo sufrió abuso, negligencia o explotación? [ ] SÍ [ ] NO
2. ¿Le gustaría que su administrador de casos hiciera un seguimiento sobre algo en particular?
 [ ] SÍ [ ] NO

Comentarios: 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? 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, ¿cuáles? 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. ¿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? [ ] 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

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.