



REGISTROS BÁSICOS

**UNA GUÍA DE MANTENIMIENTO
DE REGISTROS Y
CUIDADO PERSONAL**

ACERCA DE LOS REGISTROS BÁSICOS

El archivo de registros básicos les brinda a los usuarios una manera fácil de registrar la información que necesitan para interactuar con médicos, personal de registros de hospitales, terapeutas, compañías de seguros, agencias y organizaciones federales, estatales y locales, profesionales de apoyo directo y todo otro personal de apoyo profesional necesario para proporcionar la atención adecuada a un paciente con una discapacidad de desarrollo o una enfermedad crónica. Las páginas de la guía impresa se pueden copiar fácilmente. Además, la guía está disponible en un documento PDF fácil de imprimir en GCDD.arkansas.gov.

Nota: esta guía no pretende abarcar todas las circunstancias en las que puede ser necesario registrar información vital.

TABLA DE CONTENIDOS

Sección de Registros Basicos

Por Qué Mantener Registros Básicos	2
Información Médica Personal	3
Historial de Salud	4
Exámenes y Evaluaciones	5
Visitas al Consultorio Médico	6
Hospitalizaciones	8
Medicamentos	10
Gastos Médicos	11
Reclamos de Seguro	12
Resumen de Seguro Médico	13
Recursos de la Comunidad	14
Contacto de Agencia/Proveedor	16
Contactos Adicionales de la Agencia/Proveedor	17

Guía de Cuidado Personal

Información Familiar y Contactos de Emergencia	18
Información del Hogar	18
Horario Diario	19
Convulsiones	20
Medicamentos Diarios	21
Comunicándose con el Paciente	22
Comportamiento	25
Dieta y Nutrición	26
Horarios de Acostarse y Siesta	27
Higiene Personal	28

MANTENIENDO REGISTROS BASICOS ES UNA TAREA ESENCIAL

Nada es más importante para el bienestar del paciente que desarrollar y mantener un registro completo y actualizado.

El mantenimiento de registros es esencial para el bienestar del paciente. Es importante para las visitas de emergencia al hospital, reclamos de seguro y proveedores de cuidado de relevo, o para documentar eventos y/o contactos sobre necesidades médicas. No hay otra manera de estar preparado para eventos donde se necesita información actual. Te guste o no, entiéndelo o no, ¡hay formularios que debes completar dondequiera que vayas! Tener la información básica en la mano lo hace soportable. También es una manera de anotar los antecedentes familiares, cuando se cumplen los hitos de desarrollo y los próximos pasos lógicos, todos los cuales pueden ayudar a identificar retrasos o detectar problemas.

Información Personal, Médica y de Seguro

A continuación hay una lista de la información importante que debe mantenerse. No es una lista completa, eso depende completamente de la discapacidad del paciente o enfermedad crónica. También puede decidir conservar esta información para otros miembros de su familia. Esto incluye información de identificación personal como:

Personal

- Partidas de nacimiento
- Información de los padres o tutores
- Ubicación y/o copias de testamentos y/o fideicomisos
- Programa de cuidado diario
- Contactos de emergencia, incluyendo correo electrónico y número de celular

Médico

- Diagnóstico inicial
- Historia de salud
- Médicos y otros especialistas médicos
- Registros de medicación e incautación
- Horario de cuidado diario
- Registros de inmunización
- Visitas de oficina
- Registro de hospitalizaciones
- Contactos de emergencia

Seguro

- Información de salud y seguro de vida

Cuentas Médicas y Reclamos de Seguros

Guarde toda la información necesaria para completar formularios si debe solicitar un reembolso. De lo contrario, conserve los formularios de “explicación de beneficios” que recibirá después de que su profesional médico presente el reclamo. Mantenga archivos de toda la correspondencia o reclamos de la compañía de seguros. Para efectos fiscales, mantenga una cuenta precisa de lo que cubrió su póliza y sus gastos de bolsillo.

Evaluaciones, Reportes y Registros

Guarde copias o registros de toda la correspondencia (escrita y verbal) con proveedores de servicios, especialistas de soporte médico y otros profesionales, junto con todos los informes, registros y otros documentos. Pueden contener información importante en aquellos casos en que pueden surgir discrepancias con respecto a las necesidades de su paciente. Asegúrese de que se envíen copias de todos los informes médicos a los médicos de su paciente.

Organizarse

Cómo organiza su sistema de mantenimiento de registros depende de usted. Solo asegúrese de que permite un acceso rápido y fácil a toda la información necesaria bajo cualquier circunstancia. Aquí hay algunas recomendaciones:

Si mantiene registros en papel, compre una carpeta de tres anillos con bolsillos para organizar y guardar informes, etc. Inserte páginas en blanco y/o formularios para registrar su propia información. Mantenga toda la información actual en el cuaderno. Mantenga la información anterior en un sistema de archivo permanente pero portátil. Compre un archivo pequeño y portátil y carpetas de archivos. Información de archivo usando carpetas de archivos separadas para cada categoría. Para evitar que el mantenimiento de registros se convierta en una tarea que le impida pasar tiempo con las personas importantes en su vida, organícese con anticipación y de la manera que mejor se adapte a las necesidades individuales de su familia. Si tiene la capacidad, escanear y archivar su documentación en un archivo electrónico en una computadora que le permita acceder fácilmente.

INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Información Personal

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Sexo: M F SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Madre/Tutor Legal: _____ SSN: _____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Padre/Tutor Legal: _____ SSN: _____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Contacto(s) de emergencia: _____

Relación: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

HISTORIAL DE SALUD

Diagnóstico inicial: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Otras Condiciones Médicas/Información: _____

Médico Familiar: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

Sitio Web: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Dispositivos de Ayuda: _____

Dispositivos de Visión y/o Audición: _____

Otro Especialista Médico: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

Sitio Web: _____

Otro Especialista Médico: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

Sitio Web: _____

Notas:

EXAMENES Y EVALUACIONES

Realizado Por: _____ Fecha en Que se Llevó a Cabo: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Evaluación/Resultados de Exámenes:

Realizado Por: _____ Fecha en Que se Llevó a Cabo: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Evaluación/Resultados de Exámenes:

Realizado Por: _____ Fecha en Que se Llevó a Cabo: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Evaluación/Resultados de Exámenes:

Realizado Por: _____ Fecha en Que se Llevó a Cabo: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Evaluación/Resultados de Exámenes:

Realizado Por: _____ Fecha en Que se Llevó a Cabo: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Evaluación/Resultados de Exámenes:

Notas:

VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO

Acompañado Por: _____ Fecha: _____
Motivo de la Visita: _____ Médico/Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____
Pruebas Realizadas: _____
Resultados y Tratamiento:

Instrucciones de Seguimiento: _____
Notas:

Acompañado Por: _____ Fecha: _____
Motivo de la Visita: _____ Médico/Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____
Pruebas Realizadas: _____
Resultados y Tratamiento:

Instrucciones de Seguimiento: _____
Notas:

VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO

Acompañado Por: _____ Fecha: _____
Motivo de la Visita: _____ Médico/Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____
Pruebas Realizadas: _____
Resultados y Tratamiento:

Instrucciones de Seguimiento: _____

Notas:

Acompañado Por: _____ Fecha: _____
Motivo de la Visita: _____ Médico/Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____
Pruebas Realizadas: _____
Resultados y Tratamiento:

Instrucciones de Seguimiento: _____

Notas:

HOSPITALIZACIONES

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

HOSPITALIZACIONES

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

Acompañado Por: _____ Fecha de Ingreso: _____

Razón: _____

Pruebas Especializadas Realizadas: _____

Resultados y Tratamientos: _____

Instrucciones de Seguimiento: _____

Médico y/o Cirujano: _____

Fecha de Alta: _____ Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Notas: _____

MEDICAMENTOS

Fecha de la Receta o Cambios	Nombre de la Medicación y Dosis	Prescrito por	Instrucciones Especiales del Doctor	Farmacia y Número de Teléfono	Fecha Discontinuada	Motivo de Discontinuación

GASTOS MÉDICOS

(Registro de pagos personales)

Fecha de Servicio: _____

Servicio Realizado: _____

Agencia/Proveedor: _____

Nombre de Contacto Para Inquietudes de Facturación: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Costo Total: _____ Pago del Seguro: _____

Costos Directos y Asociados no Cubiertos: _____

Arreglos de Pago: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Notas:

Fecha de Servicio: _____

Servicio Realizado: _____

Agencia/Proveedor: _____

Nombre de Contacto Para Inquietudes de Facturación: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Costo Total: _____ Pago del Seguro: _____

Costos Directos y Asociados no Cubiertos: _____

Arreglos de Pago: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Fecha: _____ Número de Cheque: _____ Monto del Pago: _____ Saldo Adeudado: _____

Notas:

RECLAMOS DE SEGURO

Información de la Compañía de Seguros

Compañía de Seguros Primaria:

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Agente: _____

Dirección del Agente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono/Fax/Correo Electrónico: _____

Compañía de Seguros Secundario:

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Agente: _____

Dirección del Agente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono/Fax/Correo Electrónico: _____

Número de Medicaid: _____

Estado: _____ Fecha de Elegibilidad: _____

Información del Titular de la Póliza

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono de la Casa: _____ Número de Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Relación con el Paciente: _____

Otra Información Importante

Condiciones preexistentes no cubiertas, exenciones o cláusulas adicionales adjuntas a la política, información de costo compartido, etc.

RESUMEN DE SEGURO MÉDICO

Miembro de la Familia: _____ Año: _____ Número de Página: _____

Fecha de Visita	Factura de	Factura por	Cantidad Facturada	Cantidad Pagada en la Visita

Fecha de Envío de Pago a la Compañía de Seguros	Cómo la Compañía de Seguros Manejó los Cargos	Monto no Pagado por la Compañía de Seguros	Fecha de Cargos Pagados en su Totalidad

RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Agencias y Organizaciones

Servicios Comunitarios (sin fines de lucro): _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Servicios del Condado: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Agencia/Organización Estatal: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Agencia/Organización Federal: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Nombre de la Agencia/Organización: _____

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Sitio Web: _____

Persona de Contacto: _____

Descripción de los Servicios: _____

Notas:

CONTACTO AGENCIA/PROVEEDOR

Organización: _____

Nombre de la Persona: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Contacto: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

Los Contacté Me Contactaron

Motivo de la Discusión:

Respuestas y/o Resultados

Acciones por Tomar:

Organización: _____

Nombre de la Persona: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Contacto: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

Los Contacté Me Contactaron

Motivo de la Discusión:

Respuestas y/o Resultados:

Acciones por Tomar:

Organización: _____

Nombre de la Persona: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Contacto: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

Los Contacté Me Contactaron

Motivo de la Discusión:

Respuestas y/o Resultados:

Acciones por Tomar:

AGENCIA ADICIONAL/CONTACTOS DEL PROVEEDOR

Nombre de la Organización y Dirección	Números de Teléfono(s)	Nombre y Dirección de la Organización	Números de Teléfono(s)

GUÍA DE CUIDADO PERSONAL

Información Personal – La Familia y Otras Personas Importantes

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Artículo de Confort/Juguete: _____ Actividad Favorita: _____

Por favor, incluya cualquier información que beneficiaría a un cuidador que no está familiarizado con el paciente:

Nota: El cuidado personal, el cuidado de relevo y el apoyo adecuado del proveedor dependen de que los padres/tutores proporcionen la información necesaria para brindar al paciente la atención adecuada.

Contactos de Emergencia

Policía, Bomberos y Ambulancia – 911

¿Se ha registrado su familia para Smart 911?

S N

Centro de Control de Venenos: _____

Teléfono: _____

Médico Familiar: _____

Teléfono: _____

Farmacia: _____

Teléfono: _____

Agencia de Seguros: _____

Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____

Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____

Información del Hogar

Ubicación de primeros auxilios:

¿Quién, si hay alguien, puede visitar al paciente cuando el cuidador principal no está en casa?

¿Puede el paciente estar afuera? S N

Si es así, explique los límites, las reglas y la duración del tiempo:

Reglas del hogar a seguir cuando el cuidador principal no está con el paciente:

HORARIO DIARIO/AGENDA DIARIA

7:00 a.m.

8:00 a.m.

9:00 a.m.

10:00 a.m.

11:00 a.m.

Mediodía

1:00 p.m.

2:00 p.m.

3:00 p.m.

4:00 p.m.

5:00 p.m.

6:00 p.m.

7:00 p.m.

8:00 p.m.

9:00 p.m.

10:00 p.m.

11:00 p.m.

Medianoche

1:00 a.m.

2:00 a.m.

3:00 a.m.

4:00 a.m.

5:00 a.m.

6:00 a.m.

Notas:

CONVULSIONES

¿El paciente tiene convulsiones? S N

Si es así, describa en detalle:

Duración general de las convulsiones: _____

¿Qué procedimiento (s) se debe seguir durante una convulsión?

¿Quieres que llamen a los paramédicos? S N

¿Deberían registrarse las convulsiones? S N

¿Qué ocurre generalmente después de una convulsión? (¿El paciente se pondrá soñoliento, de mal humor, etc.?)

Notas:

MEDICAMENTOS DIARIOS

Esta sección es solo para información. Las dosis y los cambios en los medicamentos deben actualizarse según sea necesario.

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____
Hora de Ser Dado: _____ Tiempo Dado: _____
Médico que Prescribe: _____ Teléfono de Emergencia: _____

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

¿Es verbal el paciente? S N

¿Usa el paciente lenguaje de señas americano? S N

Si el paciente no es verbal, ¿cómo se comunica?

¿Usa el paciente señales con la mano como una forma de comunicación? S N

Si es así, describa:

Específicamente, ¿cómo comunica el paciente la necesidad de comer?

¿Pide ser levantado o cargado?

¿Expresa interés en recibir un artículo específico?

¿Cómo comunica el paciente un interés específico en una actividad en particular?

Notas:

¿CÓMO COMUNICA EL PACIENTE LO SIGUIENTE?

Hambre

Sed

Cansancio

Alegría

Calor

Frío

Hermano

Hermana

Madre

Padre

Cobija/Manta

Baño

Inodoro

Pañal

Cama

Perro

Gato

Vídeo

Televisión

Música

Hola

Adiós

Coche/Auto

Caminar

Afuera

Dentro

Triste

Enojado

Juega conmigo

Déjame solo

Quiero más

Terminé

Por favor

Gracias

Estoy enfermo

Información adicional necesaria para comprender mejor la comunicación del paciente:

¿Usa el paciente un dispositivo de comunicación especializado? S N

Si es así, describa:

¿Dónde está ubicado y/o colocado cuando no está en uso?

Notas:

COMPORTAMIENTO

Describe el temperamento normal del paciente:

¿Hay conductas que son particularmente desafiantes? S N

Si es así, ¿qué acciones deberían tomarse?

¿Hay un plan de comportamiento específico para el paciente? Si es así, por favor describe:

¿El paciente suele vagabundear o huir? S N

Si es así, ¿qué acciones se deben tomar:

Actividades que mantienen contento/hacen feliz al paciente, incluyendo juegos, artículos favoritos, etc.:

Notas:

DIETA Y NUTRICION

¿Qué alimentos le gusta al paciente?

¿Qué alimentos no le gustan al paciente?

¿Cuáles son las comidas favoritas del paciente?

¿Tiene el paciente alguna alergia a alimentos? S N

Si es así, enumérelos e identifique los síntomas:

¿Traga bien el paciente? S N

¿Mastica bien? S N

Información Adicional:

¿Necesita ayuda el paciente mientras come? S N

En caso afirmativo, describa la asistencia:

¿Hay una posición particular o equipo de adaptación necesario para ayudar al paciente durante la comida?

Detalle la ubicación de los alimentos del paciente, los utensilios para comer y/o el equipo de adaptación:

Notas:

HORARIO DE ACOSTARSE Y SIESTA

¿A qué hora se va el paciente a la cama? _____

¿Cuáles son los horarios de siesta del paciente? _____

¿Duerme solo el paciente? S N

¿Le tiene miedo a la oscuridad el paciente? S N

¿Con qué manta especial, animal de peluche, etc., le gusta dormir al paciente?

Describe las necesidades especiales de posicionamiento a la hora de acostarse:

Describe la rutina nocturna:

¿El paciente generalmente duerme toda la noche? S N

De lo contrario, explique las actividades necesarias para inducir el sueño o mantener al paciente ocupado mientras está despierto:

Notas:

HIGIENE PERSONAL

¿El paciente usa el baño? S N

¿Puede él/ella usar el baño solo? S N

Si no, describa la asistencia especial requerida:

¿Necesita el paciente pañales? S N

¿Pantalones de entrenamiento? S N

¿Una bacinica? S N

¿Puede el paciente cepillarse los dientes? S N

Si es así, explica cómo:

¿Puede el paciente vestirse a sí mismo? S N

En caso afirmativo, ¿qué asistencia es necesaria?

¿Puede el paciente bañarse? S N

¿Se requiere equipo de adaptación? S N

En caso afirmativo, explique cómo se usa el equipo:

Notas:

INCLUSIÓN. INTEGRACIÓN. INDEPENDENCIA.

**¡TENEMOS UNA VISION DE UN MUNDO
EN EL QUE TODOS TIENEN UNA OPORTUNIDAD
IGUAL Y REAL PARA LLEVAR
UNA VIDA SIGNIFICATIVA Y PRODUCTIVA!**



Governor's Council on
Developmental Disabilities
ARKANSAS

Inclusion. Integration. Independence.

1515 West 7th Street, Suites 320-330
Little Rock, Arkansas 72201
(501) 682-2897
GCDD.arkansas.gov