

## HOJA DE TRABAJO DE PREPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Doctores: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

### SERVICIOS NECESARIOS

#### DOMÉSTICO: (horas por mes)

Barrer/aspirar/lavar pisos \_\_\_\_\_  
 Limpiar los baños \_\_\_\_\_  
 Limpiar la cocina \_\_\_\_\_  
 Sacudir/recoger \_\_\_\_\_  
 Cambiar las colchas \_\_\_\_\_

**TOTAL DE TIEMPO POR MES:** \_\_\_\_\_

#### TRANSPORTE: (mensualmente)

número de visitas médicas/mes \_\_\_\_\_  
 Manejar/tiempo de espera en citas \_\_\_\_\_  
 Manejar a otros asuntos/temas médicos \_\_\_\_\_

**TOTAL DE TIEMPO POR MES:** \_\_\_\_\_

#### SERVICIOS RELACIONADOS: (horas semanales)

Preparación de alimentos \_\_\_\_\_  
 Limpieza tras los alimentos \_\_\_\_\_  
 Lavandería \_\_\_\_\_

**TOTAL DE TIEMPO POR MES:** \_\_\_\_\_

#### SERVICIOS PERSONALES - NO MÉDICOS: (horas semanales)

Cuidado intestinal/vejiga \_\_\_\_\_  
 Cuidado menstrual \_\_\_\_\_  
 Horario de alimentación oral/día \_\_\_\_\_  
 Vestirse/desvestirse \_\_\_\_\_  
 Bañarse (champú)/ higiene/dientes \_\_\_\_\_  
 Baños de esponja \_\_\_\_\_  
 Reposicionar/frotar la piel/ayuda para sentarse/levantarse de cillas \_\_\_\_\_  
 Entrar y salir del vehículo \_\_\_\_\_  
 Subir y bajar de la cama \_\_\_\_\_  
 Cuidado/ayuda con aparatos ortopédicos y silla de ruedas \_\_\_\_\_  
 Ayuda con la respiración \_\_\_\_\_

**TOTAL DE TIEMPO SEMANAL:** \_\_\_\_\_

#### SERVICIOS PARAMÉDICOS: (horas semanales)

Alimentación gastronómica \_\_\_\_\_  
 Cuidado del área GT \_\_\_\_\_  
 Succión de la traqueotomía \_\_\_\_\_  
 Limpieza de la traqueotomía \_\_\_\_\_  
 Cuidados de la estoma o traqueotomía \_\_\_\_\_  
 Tratamientos para la respiración \_\_\_\_\_  
 Limpieza de líneas/dispositivos de soporte respiratorio \_\_\_\_\_  
 Rango de movimiento \_\_\_\_\_  
 Lavativa/supositorio \_\_\_\_\_  
 Oxígeno humidificado \_\_\_\_\_  
 Administración de medicamentos \_\_\_\_\_

**TOTAL DE TIEMPO SEMANAL:** \_\_\_\_\_

Si usted considera que usted/su miembro familiar necesita de supervisión protectora - utilice el reverso para describir los motivos y las preocupaciones con la seguridad. Pudiera ser útil llevar un registro de 5-7 días de incidentes para documentar los riesgos y su frecuencia.