

Steps for Independence, SLS

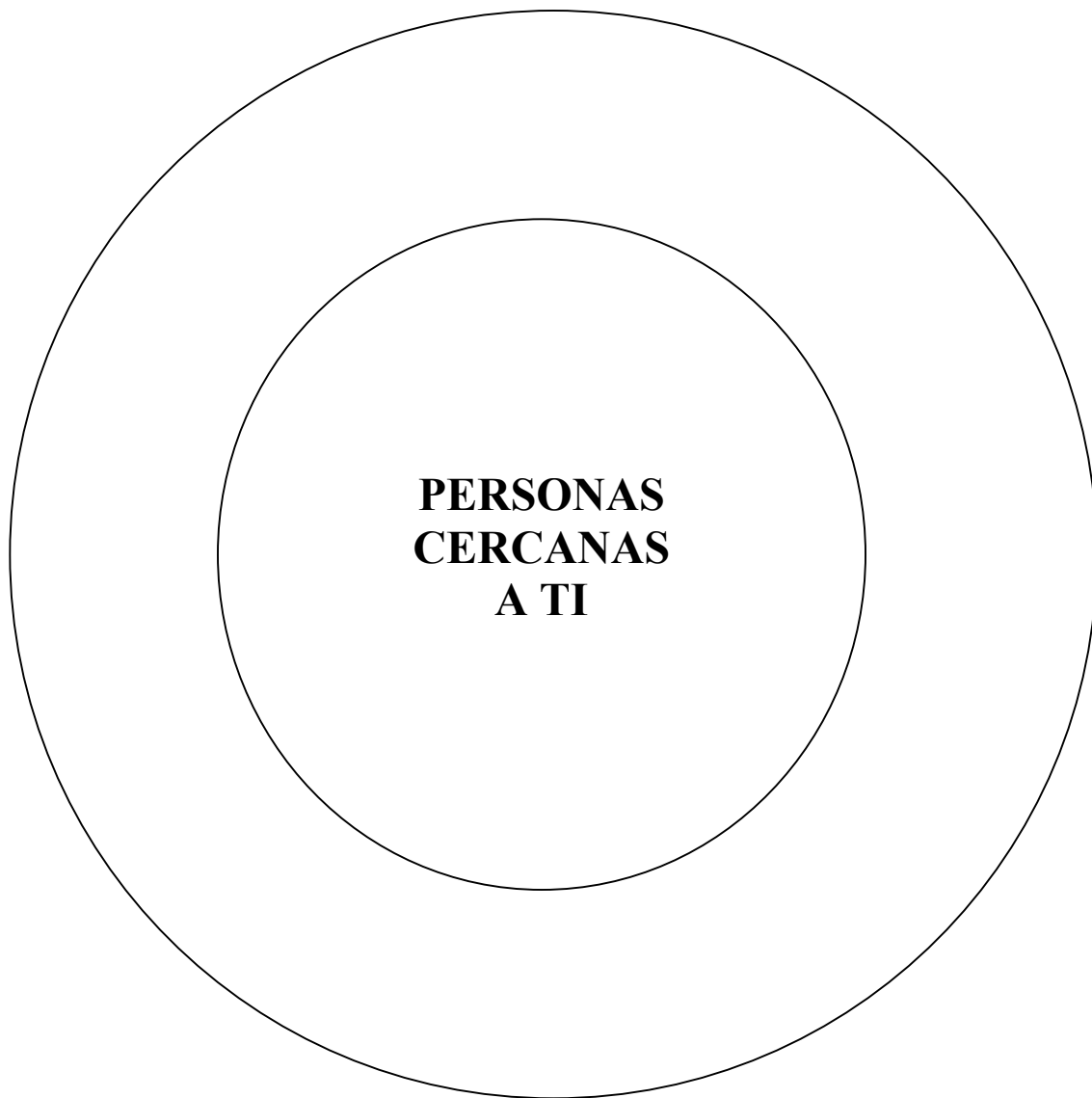
Las Personas Allegadas a ti en tu vida.

Quiénes son las personas allegadas a ti? Las personas en tu familia? Personas en tu trabajo o en la escuela? A quienes acudes en caso de que necesites ayuda?

Con quien pasas la mayoría del tiempo? Quiénes son las personas que te conocen mejor? Quiénes son las personas más importantes para ti? Estas personas son las que probablemente te apoyen en tus planes para el futuro.

Piensa quienes son y escribe sus nombres en estos círculos. Escribe cuando es que los miras y tu relación con ellos. Algunas personas escriben los nombres de sus más allegados en medio de los círculos pero tú los puedes escribir donde a ti te parezca.

Steps for Independence, SLS



Steps for Independence, SLS

Tus relaciones y los grupos de los cuales tu formas parte?

Otra manera de ver a la gente que conocemos es pensando en el papel que ellos desempeñan en nuestras vidas.

Quienes son las personas que te apoyan en tu vida? Estas son las personas mas allegadas a ti y que te conocen por bastante tiempo. Estas personas no son nuevos amigos o amigas.

Quien te quiere? Quien se preocupa por ti y te da consejos y apollo? Quien aboga por ti y te defiende? Quien te protege? Quien te ha ayudado anteriormente a obtener lo que tu has querido?

Quienes son tus aliados?

Quien pasa contigo bastante tiempo y hace cosas contigo? Quien sabe lo que te gusta y que es lo que tu necesitas para estar contento? Quien te presenta a ti a otras personas? Quien te ayuda? Con quien te gusta pasar el tiempo? Quien te apoya con tus metas del futuro?

Que tipo de asistencia recibes?

Hay alguien a quien se le paga para que te den servicios o apoyo? Le pagas a alguien para que te haga las cosas a ti? Como por ejemplo, instructores, entrenador de trabajo, asistente personal, consejeros, doctores, dentistas, jardinero, barbero, etc...

A que asociaciones perteces tu?

A que grupos, clubs u organizaciones perteneces? Te reunes con otras personas para compartir ideas de interes comun?

A que afiliacion politica perteneces?

Participas activamente para que se den cambios? Participas en algun grupo o concilio de auto-defensa al cliente (Self-Advocacy)? Perteneces tu a alguna Junta Directiva ó Comités?

Steps for Independence, SLS

Cuales són tus mejores cualidades?

Cuales són tus mejores cualidades? Qué te gusta acerca de ti? Para qué éres bueno? De que te sientes orgulloso? Que cosas buenas dice la gente de ti? Por que cosas la gente te da las gracias? Estas preguntas muchas veces son dificiles de contestarlas, lo major sería preguntarselas a un amigo ó a un familiar.

Estas son cosas importantes que se tienen que pensar para poder determinar las clases de servicios y apoyo que tu quieres y necesitas.

Nota al Entrevistador: En este contenido no se debe de hablar ó poner en lista logros que se han obtenido en discapacidad (DISABILITY ACCOMPLISHMENTS), como por ejemplo: poder leer, cocinar tres comidas, metas logradas en el IPP.

Steps for Independence, SLS

Tus Experiencias e Historia

Que cosas importantes han pasado en tu vida?

Donde has vivido, trabajado o atendido a la escuela?

Describe los mejores momentos de tu vida.

Hay personas que han sido importantes en tu vida que ya no las ves mas?

Hay cosas que tu hacías y que te gustaria hacerlas otra vez?

Notas acerca de tu vida

Steps for Independence, SLS

Tu estilo de vida-Ejercicio de Mejor y Peor Dia y Recuento de los Hábitos Positivos.

Las proximas dos secciones, Tu estilo de vida- Ejercicio de Mejor y Peor Dia y Recuento de los Hábitos Positivos, te van a ayudar a identificar lo mas importante para la persona en este momento y que se necesita saber y hacer para apoyar a la persona. Estos ejercicios vienen del proceso de Planeamiento Esencial del Estilo de Vida. Estos ejercicios te van ha ayudar a obtener informacion acerca de:

Quien y que es importante para la persona-
En relaciones con otros/otras y sus interacciones
En cosas que hacer, cosas que tener;
En el ritmo de vida;

Que tienen que saber y hacer otros-
Para ayudar a la persona a obtener lo mas importante para ellos
Para ayudar a la persona que se mantenga en buena salud y salvaguardado dentro del contexto de como la persona quiere vivir.

Cuanto tienes que saber acerca de cada una de estas áreas varía de acuerdo a la persona. Algunos ejemplos:

Todos tenemos nuestros Hábitos y Rutinas positivas. Sin embargo, entre mas asistencia fisica necesite la persona para lograr sus Hábitos y Rutinas, se necesita tener mas informacion sobre la persona. Tienes que explorar cuanta ayuda es necesaria o requerida y la importancia para el individuo, el orden en que se le da la ayuda, la forma en que se le da la ayuda y la forma en que la persona se lo comunica a uno.

En algunos individuos con conductas/comportamientos negativos que representan un reto (challenging behavior) hay o han habido personas que han impactado en sus vidas positivamente y/o negativamente sobre estas conductas/comportamientos. Necesitamos aprender la forma en que estas personas tuvieron un resultado positivo. Esto nos va a enseñar lo que es importante para estos individuos, en como son tratados y quien necesita estar presente ó ausente en sus vidas.

Cuando la persona tiene problemas de salud, especialmente problemas complejos; uno tiene que saber que hacer para ayudar a la persona a mantenerse saludable.

Steps for Independence, SLS

Tu estilo de vida El mejor dia de la semana

Imaginate lo mejor de los dias de semana. Cierra tus ojos, recuestate y piensa como sería.

Donde estarias?

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo o acompañado?

Como seria tu rutina de la mañana?

Que harias entre el desayuno y el almuerzo? Con quien estarias? Solo es aceptable pero no seria usual.

Estarias en tu trabajo, en un programa o en la escuela?

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Como pasarias tu tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche, tienes alguna rutina para la tarde o la noche que te ayudaria a pasar mejor el dia?

Que comerias en la cena, donde, con quien?

Como pasarias la noche?

A que horas te irías a acostar? Que habito de la noche mejoraría tu noche?

La pasarias acompañado con alguien?

Terminarias este mejor dia con unos sueños especiales? Que de especial tendrían estos sueños?

Hay mas cosas que estarian presente? Por ejemplo: Habria musica la cual estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

El mejor día de la Semana



Steps for Independence, SLS

El Peor Dia de la Semana

Imaginate el peor dia de la semana. Cierra tus ojos, piensa e imaginate como sería.

Donde estarias?

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo o acompañado?

Como seria tu rutina de la mañana?

Que harias tu entre el desayuno y el almuerzo? Con quien lo pasarias? Solo? es aceptable pero no es usual.

Estarias en el trabajo, en un programa o en la escuela?

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Que harias en la tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche. Hay algunos habitos de la tarde ó noche que a ti no te gustan?

Que comerias para la cena, donde comerias y con quien comerias?

Como pasarias tu la noche?

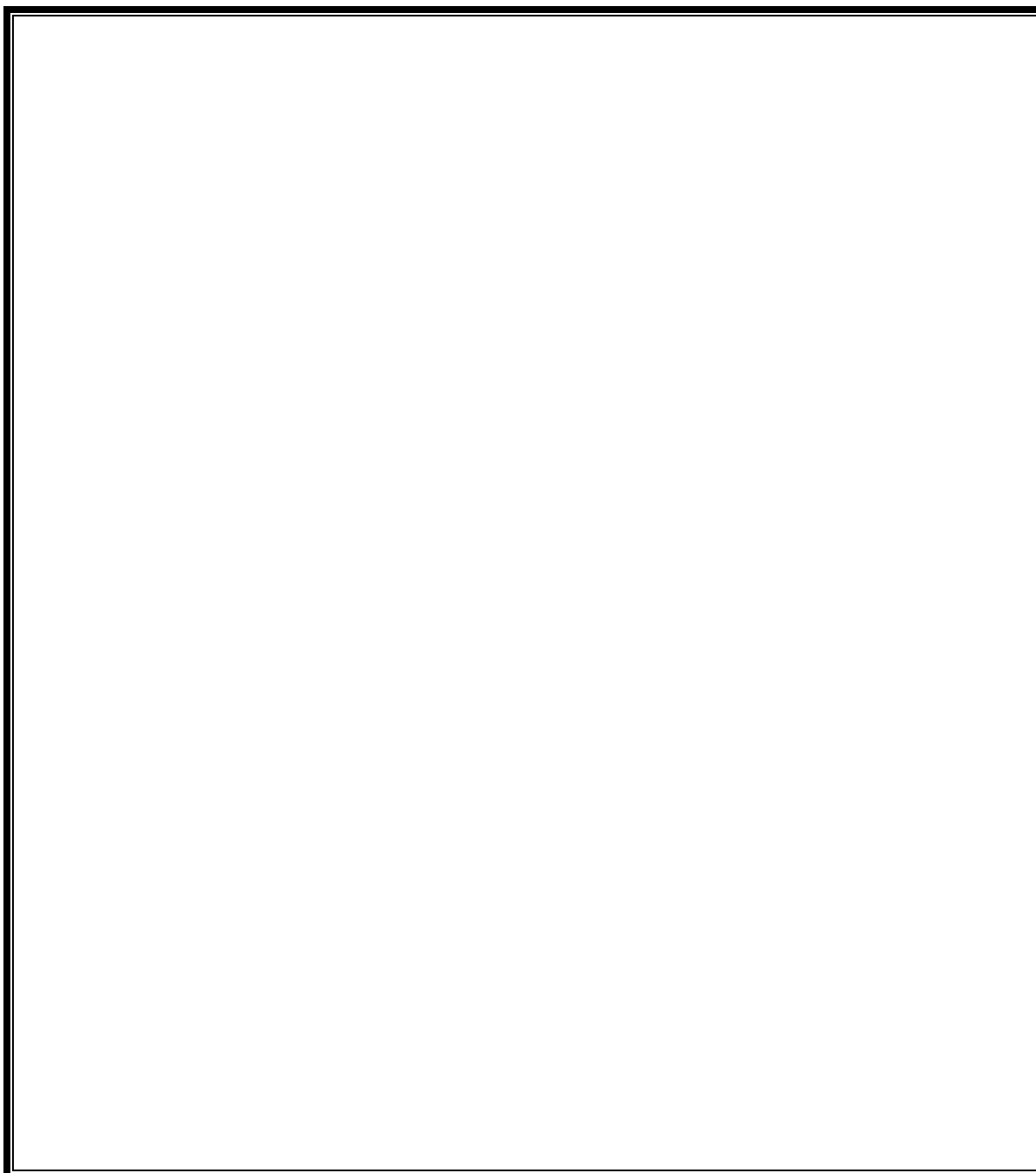
A que horas te irias a acostar? Que habitos te empeorian la noche? La pasarias con alguien?

Terminarias tu este peor dia con algunos sueños en especial? Que serian estos sueños?

Algunas otras cosas que estarian presentes? Por ejemplo, hay musica la cual tu estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

Steps for Independence, SLS

El Peor Dia de la Semana



Steps for Independence, SLS

El Mejor Dia de Vacaciones

Imaginate el mejor dia de Vacaciones. Cierra tus ojos, imaginate, y piensa como sería este dia.

Donde estarias?

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo o acompañado?

Como sería tu rutina de la mañana?

Que harias tu entre el desayuno y el almuerzo? Con quien lo pasarias? Solo? es aceptable pero no es usual.

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Que harias en la tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche. Hay algunos habitos de la tarde o noche que te mejorarian tu dia?

Que comerias para la cena, donde comerias y con quien comerias?

Como pasarias tu la noche?

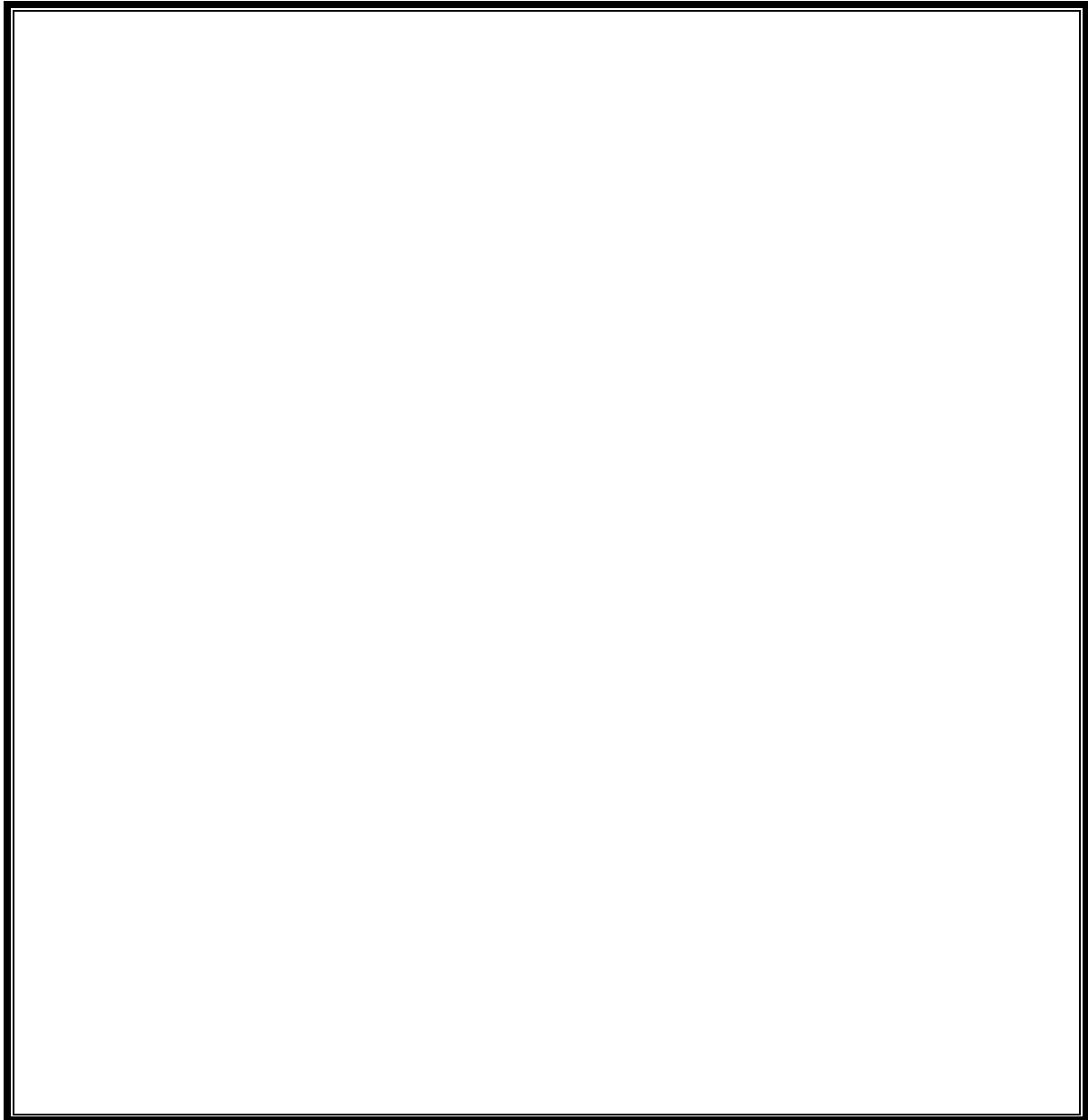
A que horas te irias a acostar? Que habitos de la noche te mejorarian la noche? La pasarias con alguien?

Terminarias tu este mejor dia con algunos sueños en especial? Que serian estos sueños?

Algunas otras cosas que estarian presentes? Por ejemplo, hay musica la cual tu estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

Steps for Independence, SLS

El Mejor Dia de Vacaciones



Steps for Independence, SLS

El Peor Dia de Vacaciones

Imaginate el peor dia de vacaciones. Cierra tus ojos, imaginate, y piensa como sería ese dia.

Donde estarias?

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo o acompañado?

Como seria tu rutina de la mañana?

Que harias tu entre el desayuno y el almuerzo? Con quien lo pasarias? Solo? es aceptable pero no es usual.

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Que harias en la tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche. Hay algunos habitos de la tarde o noche que no te gustan?

Que comerias para la cena, donde comerias y con quien comerias?

Como pasarias tu la noche?

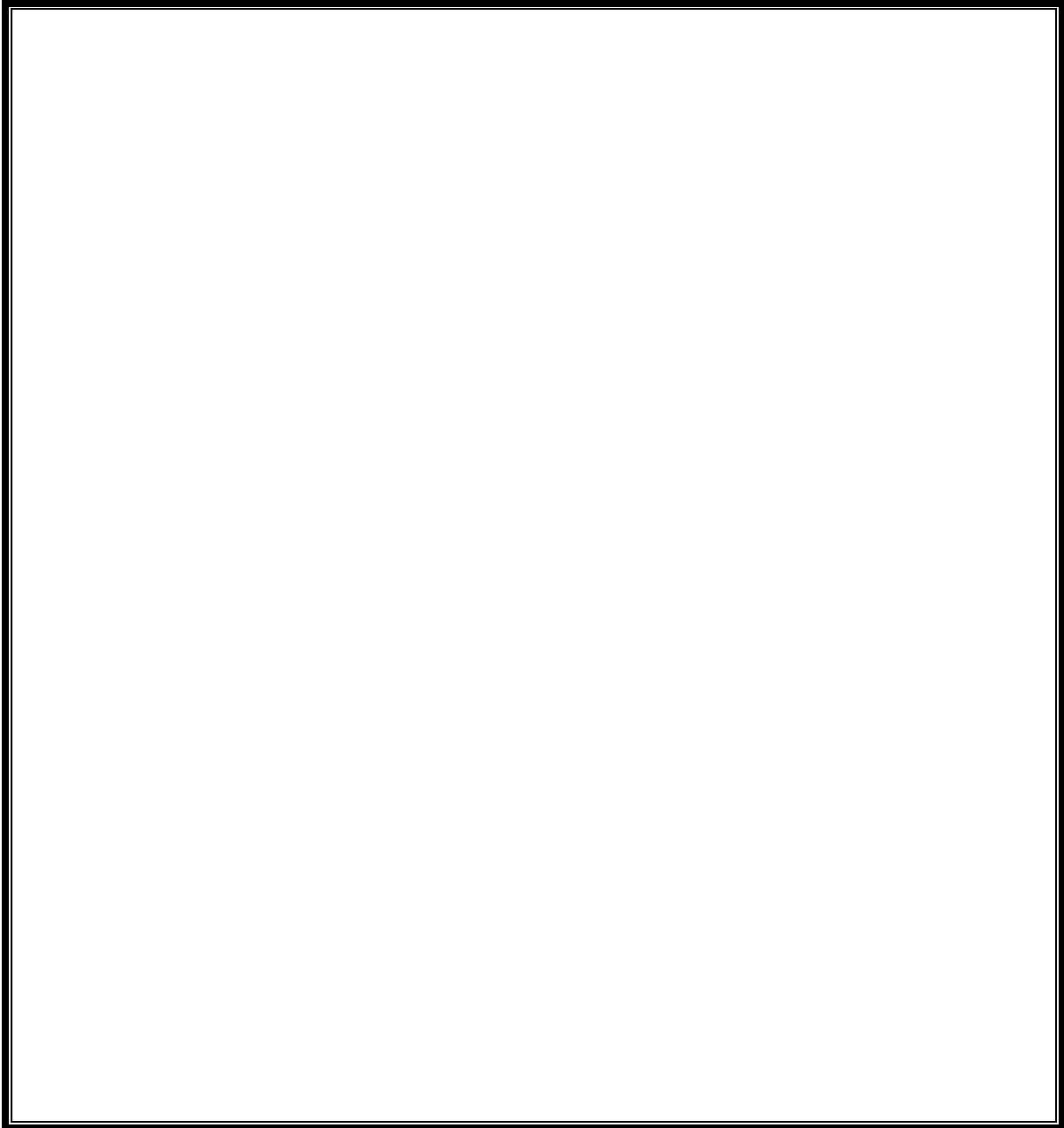
A que horas te irias a acostar? Que habitos de la noche te harian pasar mal la noche? La pasarias con alguien?

Terminarias tu este peor dia con algunos sueños en especial? Que serian estos sueños?

Algunas otras cosas que estarian presentes? Por ejemplo, hay musica la cual tu estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

Steps for Independence, SLS

El Peor Dia de Vacaciones



Steps for Independence, SLS

Lo Mejor de los Sabados

Imaginate lo mejor de los Sabados. Cierra tus ojos, imaginate, y piensa como sería ese día.

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo o acompañado?

Como seria tu ritual de la mañana?

Que harias tu entre el desayuno y el almuerzo? Con quien lo pasarias? Solo es aceptable pero no es usual.

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Que harias en la tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche. Hay algunos habitos de la tarde o noche que te mejorarian tu día?

Que comerias para la cena, donde comerias y con quien comerias?

Como pasarias tu la noche?

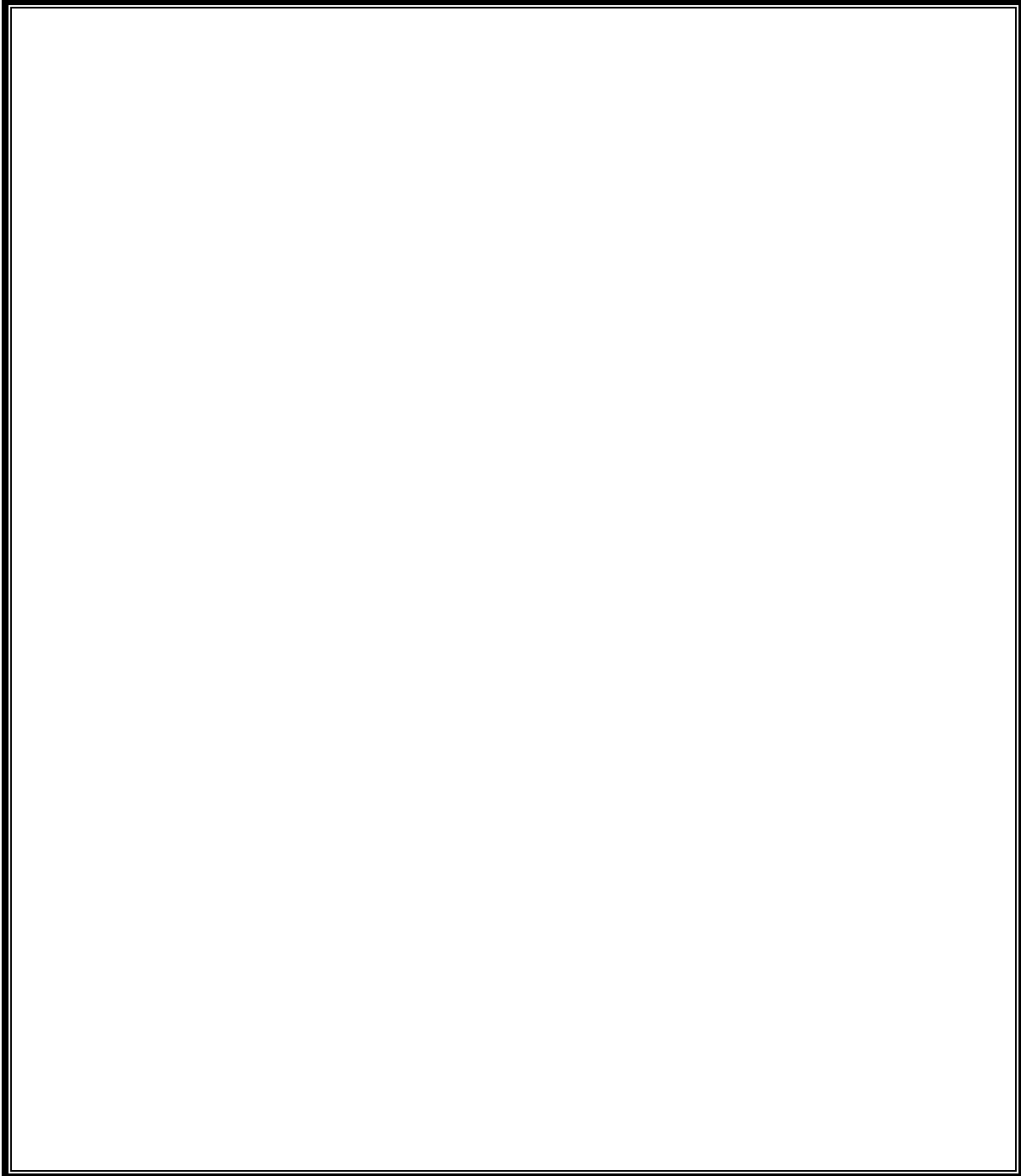
A que horas te irias a acostar? Que habitos de la noche te harian pasar bien la noche? La pasarias con alguien?

Terminarias tu este mejor día con algunos sueños en especial? Que serian estos sueños?

Algunas otras cosas que estarian presentes? Por ejemplo, hay musica la cual tu estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

Steps for Independence, SLS

Lo Mejor de los Sabados



Steps for Independence, SLS

Lo Peor de los Sabados

Imaginate lo peor de los Sabados. (Si estas en el trabajo Imaginate un buen dia libre). Cierra tus ojos, recuestate y piensa como sería este dia.

A que hora y como te despertarias?

Estarias solo ó acompañado?

Como seria tu rutina de la mañana?

Que harias tu entre el desayuno y el almuerzo? Con quien lo pasarias? Solo es aceptable pero no es usual.

Que comerias para el almuerzo? Donde comerias?

Que harias en la tarde y con quien la pasarias?

Es casi ya de noche. Hay algunas rutinas de la tarde ó noche que a tí no te gustan?

Que comerias para la cena, donde comerias y con quien comerias?

Como pasarias tu la noche?

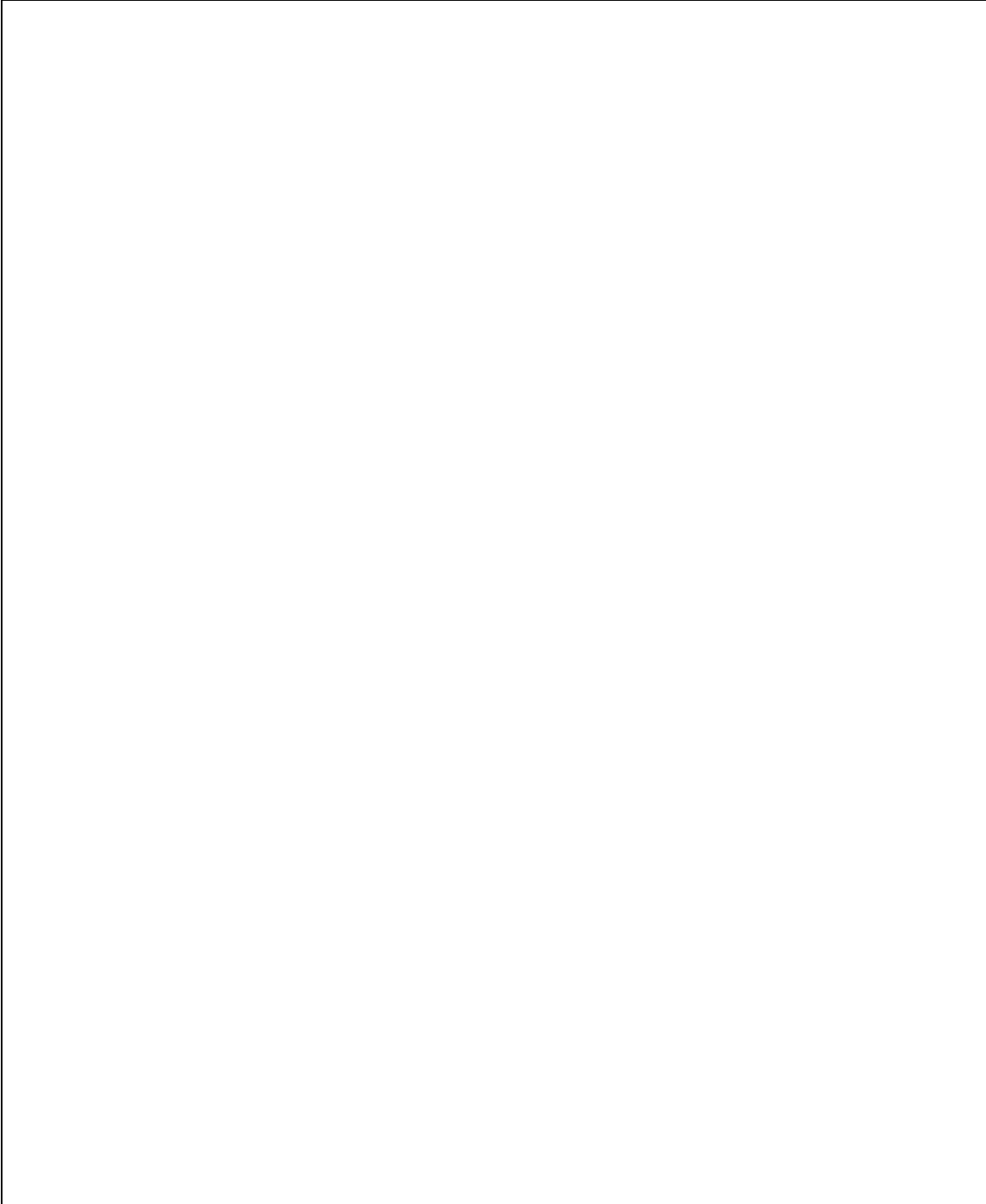
A que horas te acostarias? Que rutinas de la noche te harian pasar mal la noche? La pasarias con alguien?

Terminarias tu este peor dia con algunos sueños en especial? Que serian estos sueños?

Algunas otras cosas que estarian presentes? Por ejemplo, hay musica la cual tu estarias escuchando? Que clase de clima seria afuera?

Steps for Independence, SLS

Lo Peor de los Sabados



Steps for Independence, SLS

Encuesta de Habitos Positivos

Los Habitos positivos nos hacen el dia más fácil y nos hacen recordar mejor las ocasiones especiales. Por cada una de las siguientes preguntas, cuanta más información de, sera mejor.

- 1- Dé una lista de los habitos diarios del individuo. Ponga especial atención a los habitos de la mañana y los de la noche. Cada uno de nosotros tenemos habitos especificos que hacemos durante la mañana como por ejemplo, lavarnos los dientes antes de bañarnos, mientras nos bañamos, antes de salir del baño, ó despues del desayuno.**

De una lista de los habitos de la mañana:

Dé una lista de los habitos de la noche: (Antes de irse a la cama)

2- Dé una lista de la rutina de la persona mientras está en el trabajo, escuela, o programa. Cuando llega a la casa del trabajo, la escuela, entrenamiento.

Liste las rutinas en el trabajo:

Liste las rutinas cuando llega a la casa:

3- De un listado de las rutinas de toda la semana

Liste las rutinas del Domingo:

Liste las rutinas semanales (Amigos que siempre visitan a la persona, programas de Television que siempre ve.)

4- De un listado de las rutinas mientras está celebrando algo en especial y de gozo.

Indique como él o ella celebra cuando algo bueno y alegre sucede.

Indique como se consuela él/ella cuando algo malo le pasa y como se reaníma para sentirse mejor?

5- Indique algunos habitos en los dias de fiesta.

Que tiene que pasar para que él/ella sienta como si fuera su cumpleaños?

Con que clase de comidas celebra los dias de fiesta?

Que hace él o ella durante los dias de fiesta? (Por ejemplo, le gusta ir a ver los Ornamentos navideños?)

Steps for Independence, SLS

Tu experiencia haciendo decisiones

Hablemos acerca de las decisiones que haces por tí mismo, decisiones que otras personas te ayudan a hacer y decisiones que otras personas hacen por tí en las siguientes areas de decision.

Rutinas Diarias: Que decisiones tomas en tu diario vivir.

Como por ejemplo:

que ropa ponerte, cuando y que comer, cuando irte a la cama, etc...

Fijar el tiempo para tus decisiones: Que decisiones tomas en tu horario para salir, escoger actividades diarias, escoger o disponer con quien sales?

Tomas tu la decision en como usar tu dinero? Alguien te ayuda con esa decision ahorita? Si es asi, como te ayudan?

Grandes decisiones: Escogistes tu el trabajo o el programa al que atiendes actualmente? Decides tu cuando visitar a tus amigos y a quien visitas? Escogistes tu el lugar donde vives actualmente y con quien vivir?

Steps for Independence, SLS

Informacion acerca de su salud



Marque el cuadro si todas las necesidades de salud las haces tu mismo.

O quien te asiste: _____

Medicos:

Nombre: _____ Tipo: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Nombre: _____ Tipo: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Nombre: _____ Tipo: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Dentists:

Nombre: _____ Tipo: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Nombre: _____ Tipo: _____ Telefono: _____

Address: _____

Medicamento Diario Requerido:

Nombre: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Proposito: _____ Uso: _____ Para: _____

Nombre: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Proposito: _____ Uso: _____ Para: _____

Nombre: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Proposito: _____ Uso: _____ Para: _____

Marque el cuadro si necesita asistencia el lo siguiente:

- Hacer e ir a las citas con el doctor/dentista**
- Comprar Medicamento**
- Tomarse las medicinas a tiempo a como manda el doctor**
- Ordenar mas medicinas por telefono cuando se le acaban**
- Seguir de cerca alguna necesidad medica especifica**
- Seguir de cerca alguna necesidad medica general**

Steps for Independence, SLS

Mas acerca de tu Salud:

Tu ultima visita al Doctor:

Visitas al Doctor constantemente?

Cuando vas al Doctor, que clase de problemas de salud tienes?

Tienes problemas de salud todo el tiempo? Cuales son?

Tienes ataques?

Si tienes ataques?

Cuando fue el ultimo ataque?

Con que frecuencia tienes ataques?

Cuanto duran los ataques?

Que haces tu cuando te dan los ataques?

Steps for Independence, SLS

Mas información acerca de tu Salud:

Steps for Independence, SLS

Sueños y Esperanzas para tu futuro:

Colecte imagenes e ideas acerca de como quiere vivir la persona. Use las palabras de la persona cuanto mas se pueda. Anime al cliente y a las personas allegadas al cliente a que se imaginen el mejor futuro para él/ella. No deje que cualquier barrera se les ponga en medio para que no se imaginen el mejor futuro.

Preguntele al cliente:

Que quieres en el futuro?

Las personas allegadas a ti como describen tu futuro?

Que quisieras tener? Hacer? Ser?

Donde te gustaria vivir?

Hay alguien en tu vida con quien tu desearias vivir?

Steps for Independence, SLS

Tus Sueños y Esperanzas para el Futuro Son:

Steps for Independence, SLS

Reporte de Evaluacion Individual

Segunda Parte

Steps for Independence, SLS

Datos Importantes del Cliente:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

UCI: _____

Seguro Social: _____

Medi-Cal: _____

Direccion:

Numero de Telefono: _____ Numero del Trabajo: _____

Dueño del Apartamento: _____ Numero del Dueño: _____

Nueva Direccion:

Numero de Telefono: _____ Numero del Trabajo: _____

Dueño del Apartamento: _____ Numero del Dueño: _____

Nueva Direccion:

Numero de Telefono: _____ Numero del Trabajo: _____

Dueño del Apartamento: _____ Numero del Dueño: _____

Direcciones para como llegar a la casa del Cliente:

RECURSOS DE INGRESO:

Ingreso Total: _____

Nuevo Ingreso Total: _____

Quien maneja su dinero del Seguro Social: (Payee) _____

Quien es su Conservador: _____

Quien es su Coordinador de Servicios: _____

Nuevo Coordinador de Servicios: _____

Nuevo Coordinador de Servicios: _____

Información de la gente allegada al cliente: (Familiares, Amigos, persona que lo atiende, etc...)

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Direccion: _____ **Telefono:** _____

Informacion del Trabajo, Escuela o Programa:

Nombre del Trabajo, Escuela o Programa: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Nombre de la Persona de Contacto: _____

Nombre del Nuevo Trabajo, Escuela o Programa: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Nombre de la Persona de Contacto: _____

Descripcion del Sistema de Asistencia en Emergencias:

Persona que se contacta en caso de emergencia:

Nombre: _____ **Numero de telefono (Casa):** _____

Numero de telefono: (Trabajo) _____

Direccion: _____

Informacion Importante de Emergencia y Salud:

Nombre del amigo en la comunidad: _____

Telefono: _____

Nombre del Nuevo amigo de la comunidad: _____

Telefono: _____

Nombre del Trabajador Social IHSS: _____

Telefono: _____

Direccion: _____

Cuantas horas de IHSS: _____ **Nuevas horas de IHSS:** _____

Nuevas horas de IHSS: _____

Fuente de recurso para el equipo especial: (Adaptive Equipment)

Otras Observaciones:

Evaluacion de Habilidades del Diario Vivir

Nombre de la persona _____

Fecha _____

1- Presupuesto, banco y pago de cuentas.

Cuenta dinero: Si ___ No ___

Sabe los gastos que tienen prioridad: Si ___ No ___

Usa tarjeta ATM: Si ___ No ___

Lee las cantidades y fecha de pago en los recibos: Si ___ No ___

Escribe su nombre y pone estampillas en los sobres: Si ___ No ___

Cambia sus cheques: Si ___ No ___

Escribe cheques: Si ___ No ___

Usa Money Order: Si ___ No ___

Llena recibos de deposito: Si ___ No ___

Escribe la cantidad en su chequera: Si ___ No ___

Balancea su cuenta de cheque: Si ___ No ___

Sigue un plan de presupuesto: Si ___ No ___

2- Compras en general

Hace la lista para comprar: Si ___ No ___

Localiza los articulos en los estantes: Si ___ No ___

Lee precios: Si ___ No ___

Compara precios: Si ___ No ___

Paga por sus compras: Si ___ No ___

Usa cupones: Si__ No__

Pide Asistencia: Si__ No__

3- SSI/SSA

Sabe su numero de seguro social: Si__ No__

Sabe que es SSI/SSA: Si__ No__

Carga su tarjeta de Identificacion: Si__ No__

Sabe cuanto recibe cada mes: Si__ No__

Reporta el cambio de salario al Seguro Social: Si__ No__

4- Transportacion

Tiene su tarjeta de descuento del bus: Si__ No__

Usa el Dial-A-Ride: Si__ No__

Usa otro tipo de transporte: Si__ No__

5- Comiendo Afuera

Escoge el restaurante: Si__ No__

Ordena su comida: Si__ No__

Paga su comida: Si__ No__

Come con educacion: Si__ No__

Se le tiene que ayudar a comer:

6- Sentido del Tiempo

Puede decir que hora es: Si__ No__

Ajusta el tiempo en el reloj: Si__ No__

Pone la alarma: Si__ No__

Lee/Usa el calendario: Si__ No__

Sabe la fecha de hoy: Si__ No__

Sabe hacer sus citas: Si__ No__

7- Uso del Telefono Propio y Publico

Sabe su propio numero de telefono: Si__ No__

Marca los numeros: Si__ No__

Llama a la gente: Si__ No__

Habla en el telefono: Si__ No__

Usa la lista de los numeros importantes: Si__ No__

Sabe los pasos a seguir en caso de emergencia: Si__ No__

Puede usar el directorio telefonico: Si__ No__

Llama a la operadora: Si__ No__

8- Systemas de Apoyo

Sabe como pedir ayuda: Si__ No__

Utiliza a la familia/Amigos: Si__ No__

Utiliza el trabajo/escuela/maestros: Si__ No__

Visita a grupos de apoyo: Si__ No__

9- Emergencia/Seguridad en su casa

Sabe a quien llamar en caso de emergencia: Si__ No__

Sabe que hacer en caso de emergencia: Si__ No__

Sabe que hacer en caso de un incendio: Si__ No__

Sabe como usar el extinguidor de fuego: Si__ No__

Sabe que hacer en caso de terremoto: Si__ No__

Responde bien a llamadas molestas/obcenas: Si__ No__

Le responde a visitantes que no esperaba: Si__ No__

Mantiene su casa/ apartamento asegurado todo el tiempo: Si__ No__

10- Seguridad en la Comunidad

Sabe que hacer si se pierde: Si__ No__

Sabe que hacer si se le pierde la cartera: Si__ No__

Sabe que hacer si lo estan vigilando para robarle
O si otro crimen está ocurriendo: Si__ No__

Sabe la prevencion al robo: Si__ No__

Sabe que hacer cuando se le presenta un ladron: Si__ No__

11- Seguridad en la calle

Sigue las reglas de peatones en la calle: Si__ No__

Sigue las reglas de seguridad en la calle: Si__ No__

12- Limpieza de la cocina/mesa de comedor

Barre el piso: Si__ No__

Trapea el piso: Si__ No__

Lava los platos/porras/hoyas: Si__ No__

Guarda los platos: Si__ No__

Limpia las mesas: Si__ No__

Limpia encima de la cocina: Si__ No__

Limpia cuando está algo chorreado: Si__ No__

Limpia la pila de los platos: Si__ No__

Lo hace todo esto regularmente: Si__ No__

13- Mantenimiento y Limpieza de los baños

Limpia la bañera/tina: Si__ No__

Limpia la pila del baño: Si__ No__

Limpia el inodoro: Si__ No__

Limpia los espejos: Si__ No__

Destaquea los inodoros/ bañera: Si__ No__

Cuando el inodoro se taquea y el agua está saliendo,
lo puede parar: Si__ No__

Lo hace esto regularmente: Si__ No__

Lava las alfombras/ toallas: Si__ No__

Usa los artículos de limpieza correctamente: Si__ No__

14- Ropa y Ropa de Cama

Puede mudarse y quitarse su ropa: Si__ No__

Se viste de acuerdo al clima: Si__ No__

Se viste de acuerdo a la ocasión: Si__ No__

Se pone ropa que le queda: Si__ No__

Se pone ropa que está limpia/nitida: Si__ No__

Lava su ropa y la ropa de cama: Si__ No__

Separa la ropa sucia/ropa de cama sucia: Si__ No__

Guarda la ropa limpia: Si__ No__

Cambia la ropa de cama: Si__ No__

15- Cuidado del Cuerpo

Se toma duchas/baños: Si__ No__

Se lava las manos: Si__ No__

Se corta las uñas de las manos: Si__ No__

Se corta las uñas de los pies: Si__ No__

Se puede rasurar: Si__ No__

Usa desodorante: Si__ No__

Mantiene su higiene femenina: Si__ No__

16- Cuidado del Cabello

Se sevilla/peina el pelo: Si__ No__

Usa Shampoo: Si__ No__

Se raliza/corta el pelo: Si__ No__

Se corta/arregla el bigote/barba: Si__ No__

17- Higiene Dental

Se lava/limpia los dientes: Si__ No__

18- Cuidado Medico de Emergencia

Pide ayuda en caso de emergencia: Si__ No__

Lleva con el siempre su Medi-Cal card/Seguro: Si__ No__

Nombre del Doctor: Si__ No__

Se cuida de pequeñas lesiones: Si__ No__

Se cuida el solo cuando esta enfermo: Si__ No__

Puede obtener su medicamento
cuando lo necesite: Si__ No__

Sabe las dosis de medicina prescrita: Si__ No__

**Sabe los nombres de medicina comun
Que no nesecita prescripcion medica: Si__ No__**

Se toma su medicamento diariamente: Si__ No__

Usa una cinta de Medic Alert: Si__ No__

Sabe lo peligroso del abuso de drogas: Si__ No__

Evita las drogas: Si__ No__

19- Prevencion y Salud Sexual

Sabe y tiene información acerca del sexo: Si__ No__

**Tiene información acerca del embarazo
Y la natalidad: Si__ No__**

Usa proteccion sexual: Si__ No__

Sabe las leyes acerca del sexo: Si__ No__

20- Relaciones Sociales

Se comunica bien con los demas: Si__ No__

Forja/mantiene amistades: Si__ No__

Puede desarrollar habilidades personales y sociales: Si__ No__

Se comporta mal con desconocidos: Si__ No__

21- Utensilios y artefactos Esenciales para la Cocina

Puede usar la estufa: Si__ No__

Puede usar el horno: Si__ No__

Puede usar el Microondas: Si__ No__

Puede usar la tostadora: Si__ No__

Usa los cuchillos y tablas para cortar comida: Si__ No__

Puede usar la alarma para la comida: Si__ No__

22- Preparar/Planear Comidas

Planea las comidas: Si__ No__

Sigue las instrucciones: Si__ No__

Desempeña las habilidades basicas de la cocina: Si__ No__

Prepara comida basica: Si__ No__

Bota la grasa: Si__ No__

Se lava las manos: Si__ No__

Guarda la comida y lo que sobra del dia: Si__ No__

Ablanda la carne: Si__ No__

Se fija en la comida que está mala: Si__ No__

23- Abogar por si solo

Se comunica por si mismo: Si__ No__

Es prudente al comunicarse por si mismo: Si__ No__

Sabe sus derechos: Si__ No__

Atiende a las personas primero: Si__ No__

Sabe como manejar las quejas: Si__ No__

Steps for Independence, SLS

Asistente Personal Evaluacion de Necesidades*

Contenido

1.0 Levantamiento y tranferimiento

2.0 Baño

3.0 Arreglo personal

4.0 Comidas

5.0 Comunicacion

6.0 Transportacion y movimiento

7.0 Procedimientos de Emergencia

8.0 Medicamento

9.0 Responsabilidad de los que haceres de la casa

10.0 Necesidades personales

11.0 Relaciones interpersonales

- **Adaptado con permiso del libro: “Como llegar a ser Independiente.”
Revisiones fueron hechas con la asistencia de Anita Cotton, Terapeuta en
Ocupacion, Regional Center of the East Bay.**

Nota al Entrevistador: Muchas de estas preguntas son muy personales y controversiales. Por está razon, por favor sea respetuoso y solo haga las preguntas necesarias para poder ayudar a alguien de la mejor manera que se pueda.

Steps for Independence, SLS

1.0 Levantamiento y transferimiento

1.1 Necesita Ud. ser levantado o transferido

Como parte de su cuidado diario. Si__ No__

1.2 Necesita ó usa Ud. algun equipo de adaptacion especial para para poderse mobilizar. Si__ No__

Explique por Favor:

1.3 Como quieres ser levantado o movido. Si__ No__

Explique por Favor:

1.4 Puede Ud explicarle a su asistente como quiere ser levantado/movido/tranferido? Si__ No__

1.5 Puedes usar tus manos y tus piernas? Si__ No__

Explique por favor:

1.6 Agarras, empujas, guiñas o te resistes a ser movido? Si__ No__

Explique por favor:

1.7 Puedes controlar los empujes, guiñadas y resistencias? Si__ No__

1.8 Puedes sentarte o pararte por si solo? Si__ No__

Explique por favor:

1.9 A la hora de levantarte, se deben de seguir precauciones? Si__ No__

1.10 Como te vas a tu cama? Si__ No__
Explica por favor:

1.11 Una vez en tu cama, que posicion es la mas cómoda para ti? Si__ No__

1.12 Como te levantas o te transfieres al inodoro? Si__ No__
Explique por favor:

2.0 Baño

2.0 Procedimientos del Control Universal de Infeccion

2.1 Sabe Ud. cuales son las medidas basicas de precaucion? Si__ No__

2.2 Sabe como prevenir la contaminacion de los germenese? Si__ No__

2.3 Te lavas tus manos regularmente? Si__ No__

2.4 Tu asistente te tiene que dar un intimo cuidado personal? Si__ No__

2.5 Tienes o necesitas guantes y otras articulos para tu cuidado personal. Si__ No__
Explica:

2.6 Quien paga por esos articulos? Si__ No__
Explica:

2.7 Como te comunicas para cuando quieres usar el baño? Si__ No__
Explica:

2.0 Baño

2.8 Describa que asistencia necesita para cuando quiere usar el baño. Si__No__
Explique:

2.9 Que clase de articulos necesitas para limpiarte despues de defecar y orinar? Si__ No__
Explique:

2.10 Necesitas de un equipo especial para usar el baño? Si__ No__

2.11 Tienes un horario para cuando usas el baño? Si__ No__
Explica:

2.12 Tomas medicina para poder ir al baño regularmente? Si__ No__
Explica:

2.13 Puedes usar los baños públicos? Si__ No__
Explica:

Steps for Independence, SLS

3- Arreglo Personal

3.1 Puedes tu sentir a que temperatura del agua con que te bañas a diario? Si__ No__

3.2 Te puedes bañar solo? Si__ No__
Explica:

3.3 Necesitas equipo especial como para ser levantado, fajas o lavabo especial?
Si__ No__
Explica:

3.4 Necesitas ayuda para meterte y salirte de la tina del baño?
Si__ No__
Explica:

3.5 Tienes tu horario de baño? Si__ No__
Explica:

3.6 Usas productos especiales para tu cabello? Si__ No__
Explica:

3.7 Que tipo de precauciones se deben de tomar cuando usas artefactos electricos en el baño? Si__ No__
Explica:

3.8 Necesitas ayuda cuando te peinas o te sepillas el pelo? Si__ No__

3.9 Te cortas tu solo las uñas? Si__ No__

3.10 Le puedes dar instrucciones a tu “asistente personal” para que te corte las uñas a como tu quieras. Si__ No__

3.11 Quien es tu Podiatra? Si__ No__

Nombre:

Numero de Telefono:

Sus funciones:

3.12 Tienes problemas con tus pies? Si__ No__

Explain:

3.13 Usas Frenillos? Si__ No__

Explica:

3.14 Te razuras la barba tu solo? Si__ No__

Explica:

**3.15 Cuando usas las cremas ó lociones para razurarte,
Te producen alergia? Si__ No__**

Explica:

3.16 Te puedes lavar tus dientes solo? Si__ No__

Explica:

3.17 Usas Dentaduras? Si__ No__

3.18 Tratas de tragarte o presionar los dientes involuntariamente? Si__ No__

Explica:

3.19 Por lo general, tienes el habito de morder fuerte cuando algo está en tu boca?

Si__ No__

3.20 Te has ahogado alguna vez? Que te causa ahogo? Si__ No__
Explique:

3.21 Has tenido alguna vez llagas en tus nalgas o en tu cuerpo por estar postrado en tu cama y silla de ruedas por mucho tiempo? Si__ No__
Explica:

3.22 Tomas algun medicamento o tienes una condicion como diabetes, que probablemente retarde el proceso de saneamiento? Si__ No__
Explica:

3.23 Hay algunas maneras en las cuales tu te sientes mas comodo?
Si__ No__
Explica:

3.24 Hay veces cuando tus musculos se sienten mas relajados? Si__ No__
Explica:

3.25 Necesitas ayuda en vestirte? Si__ No__
Explica:

Steps for Independence, SLS

4.0 Comidas

4.1 Comes o evitas algun tipo de comidas? Si__ No__

Explica:

4.2 Tienes alguna receta especial del Doctor para una dieta modificada o tecnicas especiales para comer? Si__ No__

Explica:

4.3 A que clase de comida eres alergico? Si__ No__

Explica:

4.4 Puedes ayudar a preparar tu comida? Si__ No__

Explica:

4.5 Puedes comer vos solo? Si__ No__

4.6 Tienes dificultad en tragar o masticar? Si__ No__

Explica:

4.7 Hay alguna manera especial de sentarte mientras comes? Si__ No__

Explica:

4.8 Hay algun ambiente especial o utensilios especiales que te ayudan a comer mejor? Si__ No__

Explica:

Steps for Independence, SLS

5.0 Comunicacion

5.1 Se te hace dificil preguntarle a la gente que te ayude? Si__ No__
Explica:

5.2 Se te hace dificil aceptar ayuda? Si__ No__
Explica:

5.3 Tienes algun video que describa tu rutina diaria? Si__ No__

6.0 Transportacion y Movimiento

6.1 Tienes ó necesitas un silla de ruedas? Si__ No__

6.2 Tu silla es de motor o manual? Si__ No__
Explica:

6.3 Conoces tu al que te trajo y de donde te trajo la silla electrica: Si__ No__
Nombre: _____ Telefono: _____

6.4 Como compones tu silla de ruedas? Quien te la compone? Si__ No__
Explica:

6.5 Quien paga por las reparaciones de tu silla? Si__ No__
Explica:

6.6 Tienes tu otra silla en caso que se te descomponga una? Si__ No__

6.7 Quien y que a menudo te limpian tu silla de ruedas? Si__ No__
Explica:

7.0 Procedimiento de Emergencia

7.1 Necesitas o tienes un sistema de emergencia de 24 Horas? Si__ No__

7.2 Si lo tienes, Cuales son los componentes y quien lo compone? Familia?

Si__ No__

Quien:

Telefono:

Orden en que se responde:

7.3 Como haces para llamar cuando necesitas ayuda? Si__ No__

Explica:

7.4 Tienes alguna manera especial para pedir ayuda? Si__ No__

Explica:

7.5 Puedes usar el Telefono, TDD, Lifeline? Si__ No__

7.6 En caso de emergencia, te pudieras salir de tu casa si estuvieras solo? Si__ No__

7.7 Donde guardas tu información de emergencia medica? Si__ No__

Explica:

7.8 Hay actividades, como el comer, que te puedan poner en peligro? Si__ No__

Explica:

7.9 Tu Asistente Personal está entrenado y preparado para darte cuidado de emergencia? Si__ No__

7.10 Tienes otras condiciones medicas en las cuales se requiere cuidado de emergencia? Si__ No__

8.0- Medicamentos

8.1 Que medicamento tomas? Si__ No__

Que tomas: Cuando: Para Que: Prescrito por: Telefono:

8.2 Donde compras tus medicinas? Si__ No__

Farmacia: Direccion: Telefono:

8.3 Tus medicamentos te los envian o tu los recoges? Si__ No__

8.4 Puedes reordenar tu los medicamentos? Si__ No__

8.5 Son tus medicamentos empacados de una manera especial para hacerte mas fácil el recuento de ellos? Si__ No__

8.6 Sabes llevar recuento de tu medicina? Si__ No__

8.7 Mantienes un record de tu medicina? Si__ No__

8.8 Ademas de pastillas de que otra manera tomas tus medicinas? Si__ No__
Explica:

8.9 Puedes inyectarte tu solo? Si__ No__

8.10 Donde mantienes tu medicamento? Si__ No__
Explica:

8.11 A quien te gustaria designar para que te de tu medicamento? Si__ No__
Nombre:

8.12 Que pasa si no te tomas tus medicinas?
Explica:

8.13 Como te deshaces de las medicinas que ya no necesitas? Si__ No__
Explica:

8.14 Sabes que hacer en caso de que la medicina te de una reaccion o sabes cuando has tomado medicina en exceso? Si__ No__

9.0 Responsabilidad de los que haces de la casa

Puedes hacer los que haces de la casa por si solo? Si__ No__

9.1 La Cocina? Si__ No__

Explica:

9.2 El Baño? Si__ No__

Explica:

9.3 Tu Cuarto? Si__ No__

Explica:

9.4 La Sala? Si__ No__

Explica:

9.5 El cuarto donde está la Lavadora/Secadora? Si__ No__

Explica:

9.6 El Patio? Si__ No__

Explica:

9.7 Que experiencia tienes supervisando a las personas que hacen todo este trabajo para tí? Si__ No__

9.8 Como les comunicarias a tus asistentes personales que es lo que quieres que hagan por tí? Si__ No__

9.9 Eres tu el dueño de todo tu “equipo especial de movilizacion”? Puedes conseguir muebles para tu casa/apartamento? Si__ No__

De una lista y explique:

10.0 Necesidades Personales

10.1 Te gusta pasartela solo en tu casa/apartamento? Si__ No__

Explica:

10.2 Has escogido y dado trabajo a tu Asistente Personal? Si__ No__

10.3 Tienes o necesitas fondos para dar trabajo a tu Asistente Personal? Si__ No__

10.4 Te ha venido a evaluar alguna agencia del gobierno, como el IHSS, para determinar tus necesidades de atención? Si__ No__

Agencia:

Persona de Contacto:

Telefono:

Tipo de Fondos:

Fecha:

10.5 Se le tiene que hacer algun cambio especial a tu casa/apartamento para poderte ayudar a vivir mas independiente? Si__ No__

Que cambios?

Como y donde se compraron?

Quien le da mantenimiento?

Telefono?

**10.6 Si donde vives no hay espacio suficiente, quien va a pagar por esa extension?
Si__ No__**

**10.7 Tienes o necesitas espacio para tu perro u otro animalito que tienes? Si__ No__
Explica:**

10.8 Que tipo de cualidades esperas en un Asistente Personal?

10.9 Que cualidades no te gustaria ver en un Asistente Personal?

11.0 Relaciones Interpersonales

11.1 Si llegas a tener problemas con tu asistente personal, tu compañero de cuarto, etc... Como resolverias este problema? Si__ No__

Explica:

11.2 Pones todas las condiciones por escrito y mantienes un record de contratos?

Explica:

11.3 Cuando y donde te gusta tu privacidad? Si__ No__

Explica:

11.4 Has tenido que correr a tu Asistente Personal? Si__ No__

Si lo hicistes, como lo hicistes? Explica:

11.5 Pueden tus asistentes traer familiares o amigos a tu casa/apartamento para que se queden con el? Si__ No__

Explica:

11.6 Quien paga, que a menudo, y cuanto pagas por el Asistente? Si__ No__

Quien Paga:

Cuando:

Pago Minimo:

11.7 Tienes experiencia en llenar las hojas de tiempo para tu Asistente Personal?

Si__ No__

Explica:

Steps for Independence, SLS

Talon de Informacion Medica

Fecha del ultimo examen? _____ Que te informaron? _____

Te tomaron la presion? Si__ No__ Cual fue tu presion? _____

Tienes o has tenido alguna enfermedad grave y has tenido que ser hospitalizado?
Si__ No__

Si has tenido que ser hospitalizado por favor describe mientras estuvistes en el hospital:

Tienes o has tenido lo siguientes?

A. Fiebre Reumatica Si__ No__

B. Inflamacion Reumatica Si__ No__

C. Fiebre de Scarlet Si__ No__

D. Hepatitis Si__ No__

E. Tuberculosis Si__ No__

F. Enfermedad en el Hgado Si__ No__

G. Presion Alta/Baja Si__ No__

H. Enfermedad Venerea Si__ No__

I. Derrame/malestar en el corazon Si__ No__

J. Palpitaciones en el corazon Si__ No__

K. Angina pectoris Si__ No__

L. Marca Pasos Si__ No__

M. Hipertiroidismo Si__ No__

N. Epilepsia/Convulsiones Si__ No__

O. Anemia o enfermedad en la sangre Si__ No__

P. Sangramiento Anormal Si__ No__

Q. Diabetes/Azucar Si__ No__

R. Enfermedad Respiratoria Si__ No__

S. Tratamiento Siquiatrico Si__ No__

T. Rayos X Si__ No__

U. Asma Si__ No__

V. Ulceras Si__ No__

W. Alergica a:

1- Penicilina Si__ No__

2- Otros antibioticos Si__ No__

3- Iodo Si__ No__

4- Codeina Si__ No__

5- Anestecia local (como en Novacaina) Si__ No__

6- Aspirina Si__ No__

7- Otras medicinas Si__ No__

X. Enfermedad en los ojos (Glaucoma) Si__ No__

Y. Lentes de contacto Si__ No__

Z. Virus de S.I.D.A. Si__ No__

Estas tomando ahora alguna medicina o pastilla, o has experimentado alguna reaccion anormal a las siguientes medicinas/drogas:

Anticoagulantes, como

Warfarin o Courmarin? Si__ No__

Insulina? Si__ No__

Esteroides (Cortisone)? Si__ No__

Otras medicinas? Si__ No__

Tranquilizantes o pastillas

Para dormir? Si__ No__

Nitroglicerina? Si__ No__

Alguna vez has experimentado reacciones desagradables mientras te esta viendo el dentista? Si__No__

Tienes alguna otra enfermedad, condicion or problema del cual nos quieras informar para poder ayudarte? Si__ No__

Firma_____ Fecha_____

Por favor informanos inmediatamente de algun cambio que ocurra cuando agamos otra revision.

Fecha de Revision: _____

Firma: _____

Fecha de Revision: _____

Firma: _____

Steps for Independence, SLS

Escuchame como me Comunico

Este plan de comunicacion esta diseñado a apoyar a personas que no pueden hablar o que tienen problemas en comunicarse de una manera normal. Esta seccion es tambien muy util para ayudar a personas que se comunican por medio de sus buenas y malas conductas.

El encabezamiento “Que esta pasando” describe las circunstancias. El encabezamiento “y (nombre de la persona) hace” describe lo que la persona hace en terminos que son mas claros para el lector que no lo ha visto pero que todavia lo reconoceria. Para personas que se les hace dificil describir, como por ejemplo, una expresion facial, una foto y aun un grabacion en video seria mas indicado. El encabezamiento “Nosotros creemos que esto significa” describe el significado de lo que la gente piensa que esta presente. Es muy comun que haya mas de un solo significado en una sola buena o mala conducta. Cuando se de este caso entonces todos los significados deben de escribirse. El encabezado “y nosotros debemos” describe a las personas que dan apoyo, que es lo que deben de hacer de acuerdo a la conducta del cliente. Las respuestas bajo este encabezamiento le dan al entrevistador un gran conocimiento de la persona tal como es percibida y ayudada.

Se hace mas facil completar las dos columnas internas en la pagina de comunicacion primero (...hace, Nosotros creemos que esto significa) y despues comienza a trabajar con las dos columnas de afuera. (Que esta pasando, y nosotros debemos.)

Steps for Independence, SLS

Basado en lo que se aprendio de la persona en “El Mejor dia de la Semana” y “El Mejor dia del Fin de Semana” y sus rutinas y habitos preferidos, como se veria una _____ de apoyo? Cuando estaria sola la persona? Cuando su asistente (pagado) estaria presente? En que y como el asistente (pagado) le ayudaria a la persona? Cuando estarian presentes los apoyos naturales? Recuerda que los dias de cada quien son impredecibles y que los servicios de vivir con apoyo buscan la flexibilidad y ofrecen apoyo siempre y cuando es necesitado. Este horario en la siguiente pagina sirve de guia nada mas para cuando los servicios vayan a ser necesarios.

Steps for Independence, SLS

Tercera Parte: En Resumen

En Resumen es donde toda la informacion del cliente se organiza y se crea un plan de apoyo. El Plan incluye los siguientes encabezamientos:

- 1- Las personas que contribuyeron al Plan
- 2- Las mejores cosas de Ti
- 3- Que es lo mas importante para la persona priorizando en dos o tres categories:
 - Primera Prioridad- No-Negociable
 - Segunda Prioridad- Principales Preferencias
 - Tercera Prioridad- Las mas deseadas

Esta seccion define las prioridades y hace un listado de que es mas importante a la persona. Debe de reflejar solo lo que es importante para el cliente, no lo que es importante para cualquier otra persona que esta involucrada con el cliente. Que se ha aprendido acerca del cliente no lo que la gente se imagina del cliente. Lo que es importante para el cliente esta dividido en encabezamientos que da prioridad a las cosas mas importantes.

- 1- Las cosas que quiero aprender
- 2- Las cosas que debemos de saber y hacer para poder ayudar al cliente a obtener lo que es importante para el.
- 3- Otras notas, comentatriaos y cosas que no estan resueltas

Nombre de las Personas que contribuyeron a este Plan:

Nombre:	Que relacion tiene con el cliente:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____

Fecha Original del Plan: _____

Revisiones hechas: _____

Steps for Independence, SLS

Que es lo mas importante?

Por favor ahora ayudanos a poner en orden de importancia las cosas que nos has dicho acerca de las personas mas allegadas a ti, las cosas que te gusta hacer, tus mejores y peores dias y tus habitos y rutinas. Fijate en detalles y si necesitas ayuda en las cosas que tienes o haces que son importantes para ti. Pon en orden de importancia las cosas que son importantes para ti en estas tres categorias:

No-negociables- Las cosas que tienes que hacer o tener/no hacer o no tener.

Preferencia Principal- Cosas que son importantes y muy importantes para ti.

Altamente Deseadas- Cosas que te gustan/no te gustan o cosas que te gustaria tratar de hacer.

Steps for Independence, SLS

**No-Negociables: Las cosas que _____
Tiene que tener, hacer, y ser:**

Con relacion a las relaciones con otras personas:

En las cosas que hay que hacer, cosas que hay que tener:

En relacion a la Salud:

En relacion a las rutinas positivas:

Preferencia Principal: Necesidades de _____

Altamente Deseables- Deseos y disfrutos de _____

Cosas que quiero aprender a hacer:

Hay algunas cosas que te gustaria hacer? La agencia de Servicios Para una Vida con Apoyo te puede enseñar mas cosas para que tu aprendas si eso es lo que tu quieres. La evaluacion sobre las habilidades del diario vivir puede ser usada para ver que cosas son las que tu ya sabes hacer y la evaluacion sobre las necesidades del asistente personal puede ser usada para ver tu cuidado fisico y tus habilidades de como dirigir al asistente personal. Las cosas que tu quieras aprender pueden ser nombradas aqui.

Cosas que Quiero aprender a hacer

Cosas que Necesitamos Saber y Hacer para ayudar al Cliente a escoger lo que es mas importante.

Que es lo que otros tienen que saber y hacer para ayudar al cliente a escoger lo que es mas importante. Desarrolle en está seccion cada uno de los puntos señalados como Importantes para el cliente y preguntese si hay algo mas que las personas que estan ayudando al cliente necesitan saber o hacer algo mas para que el cliente llegue a alcanzar lo que es mas importante para el.

Que necesitan saber y hacer otras personas para que el cliente tenga mucho mas dias mejores que peores dias.

Incluye apoyo que el cliente necesita o cosas que nosotros necesitamos saber y hacer para mejorar la reputacion negativa que tiene el cliente. Todos tenemos una! Hay algunas cosas que le hacen enojarse que nosotros debemos saber? Hay algunas otras preocupaciones o inquietudes que tengan sus familiares, amigos y otras personas que son allegadas a el?

Sea muy detallado acerca de las necesidades del cliente especialmente cuando se necesite asistencia fisica para que el pueda satisfacer sus habitos y rutinas que son importante para el.

Incluye asistencia que la persona necesite para que pueda alcanzar sus sueños en el futuro.

Que necesitamos saber y hacer por ti

Cosas que debemos saber y hacer para ayudar al cliente a mantenerse saludable y sentirse seguro.

Para ayudar al cliente a mantenerse saludable.

Compile y mantenga un record de la informacion aqui cuando halla problemas de salud de gran magnitud. La informacion de la Evaluacion de las Habilidades del Diario Vivir y de la Evaluacion del Asistente Personal iria aqui para poder llevar control de cuando el cliente se toma su medicina.

Para ayudar al cliente a mantenerse y sentirse Seguro.

Describa lo que las personas tienen que saber y hacer para que el cliente se sienta y mantenga Seguro. La informacion de la Evaluacion de las Habilidades del Diario Vivir o la Evaluacion del Asistente Personal se anotaria aqui para que la gente sepa de como dar el mejor apoyo al cliente.

Aqui tambien es donde podemos describir las cosas que se deben de saber y hacer para apoyar al cliente que tenga problemas de salud mental.

Si los servicios de ayuda con apoyo van a proveer al cliente con o si el cliente va a necesitar servicios de “emergency response” ó servicios de “on-call” describalos aqui.

Otras cosas que debemos de saber y hacer para dar un mejor Servicio en la Salud y Bienestar (Seguridad) del Cliente.

**Otras Notas, Comentarios, Recomendaciones y asuntos que no
están resueltos**

Otras Notas, Comentarios, Recomendaciones y otras cosas que no se han resuelto.