

**Le gusta:**

**Incluya lo que es importante para la persona, lo que "funciona", lo que lo pone alegre, las áreas en las que sobresale, lo que realmente lo hace feliz.**

### **Nombre de la persona**

**Supervisión necesaria:**

**Incluya qué tan estrecha debe ser la supervisión de la persona por parte del personal. ¿En dónde debe estar físicamente el personal respecto a la persona?  
¿Cuánto tiempo puede quedarse sola la persona en un área segura con una actividad?  
¿Supervisión nocturna?  
¿Supervisión comunitaria?**

**No le gusta:**

**Incluye cosas que hacen que la persona esté incómoda, a las que responde bien, que pueden provocar una respuesta negativa, maneras de interactuar u otras cosas que "no funcionan".**

### **¡Riesgos!**

**Incluya todos los riesgos que representen un peligro inminente que amenace la vida del cliente o de otras personas. Incluya las cosas que deben restringirse, los protocolos de supervisión, las necesidades dietéticas especiales o desencadenantes y técnicas conductuales.**

**Habilidades y capacidades:**

**Incluya cosas en las que la persona es realmente buena, los tipos de cosas que hace bien, sus talentos especiales; especialmente las cosas que no se noten a simple vista.**

**Estilo de comunicación:**

**Incluya la mejor manera de comunicarse de la persona y la manera en que prefiere que los demás se comuniquen con ella. Si utiliza tecnología, incluya cómo usarla.**

## Servicios planeados de relevo nocturno Acuerdo personalizado

### Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

NOMBRE DE LA PERSONA			
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )	TELÉFONO PARA EMERGENCIAS / CELULAR (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )	TELÉFONO/CELULAR DEL CUIDADOR SUPLENTE (SI EL PADRE, MADRE O TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE) ( )	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO		NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ( )	
<b>Fechas / horas del relevo programado</b>			
DEL	HORA	AL	HORA
<b>Parte 1. Debe ser contestada por el proveedor de relevo después de analizar la solicitud y hablar con la persona o familia.</b>			
Tipo de asistencia que se prestará para tomar medicamentos orales (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal mantendrá todos los medicamentos en un lugar seguro y los administrará por delegación de enfermería. <input type="checkbox"/> El personal mantendrá todos los medicamentos en un lugar seguro y supervisará los medicamentos orales. <input type="checkbox"/> El personal solamente dará recordatorios de los medicamentos que el personal no guarde en un lugar seguro. <input type="checkbox"/> La persona no toma ningún medicamento oral. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Tipo de asistencia que se prestará para tomar medicamentos tópicos y/o alimentación por sonda (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal mantendrá los medicamentos en un lugar seguro y administrará medicamentos tópicos / tratamiento / alimentación por sonda por delegación de enfermería. <input type="checkbox"/> El personal mantendrá los medicamentos en un lugar seguro y supervisará los medicamentos tópicos. <input type="checkbox"/> El personal dará recordatorios de los medicamentos tópicos que no se guarden en un lugar seguro. <input type="checkbox"/> La persona no necesita ningún medicamento tópico ni alimentación por sonda. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Tipo de asistencia que se prestará para las tareas de higiene personal y actividades de la vida cotidiana	<input type="checkbox"/> El personal prestará apoyo físico completo para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal prestará algo de apoyo físico para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal dará indicaciones para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> El personal no prestará apoyo para la higiene y las actividades de la vida cotidiana <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
Supervisión necesaria por parte del personal durante el día y la tarde en el hogar (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal permanecerá lo bastante cerca para oír a la persona en todo momento <input type="checkbox"/> El personal siempre estará cerca y disponible, pero no necesita estar directamente con la persona en todo momento <input type="checkbox"/> La persona puede quedarse sola hasta <b>Number of hours</b> (debe incluirse el tiempo)		
Supervisión necesaria durante la noche (marque sólo una)	<input type="checkbox"/> El personal pasará la noche en el hogar de relevo y brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal permanecerá lo bastante cerca para oír a la persona en todo momento <input type="checkbox"/> Supervisión del personal nocturno en el hogar de relevo, el personal puede estar fuera del hogar hasta <b>Time</b> (debe incluirse el tiempo) <input type="checkbox"/> El personal nocturno no permanecerá en el hogar de relevo, pero acudirá a revisar al menos una vez cada <b>Time</b> (debe incluirse el tiempo)		
Supervisión necesaria del personal mientras está en la comunidad (marque solo una)	<input type="checkbox"/> El personal acompañará a la persona en la comunidad y brindará supervisión 1:1 <input type="checkbox"/> El personal acompañará a la persona en la comunidad; puede compartir la supervisión con otras personas <input type="checkbox"/> La persona puede estar en la comunidad de manera segura sin supervisión del personal		

Actividades a ofrecer / disponibles dentro del hogar (marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Juegos <input type="checkbox"/> Rompecabezas <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Videojuegos <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> TV / Películas <input type="checkbox"/> Manualidades <input type="checkbox"/> Acceso a internet <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Otras (indicar):
Artículos que la persona traerá para entretenerse en el hogar	
Actividades a ofrecer / disponibles en la comunidad (marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> Caminar en el parque o vecindario <input type="checkbox"/> Salir a comer <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Salir al cine <input type="checkbox"/> Servicios religiosos <input type="checkbox"/> Otras (indicar):
Dinero o tarjetas de regalo que la persona traerá para pagar su parte del costo de eventos comunitarios	<input type="checkbox"/> Se llevará un registro <input type="checkbox"/> Se guardarán los recibos <input type="checkbox"/> La persona puede administrar su dinero, no se necesitan registro ni recibos <input type="checkbox"/> Otra (describa):
Transporte que se brindará durante la estancia de relevo (marque todas las aplicables)	<input type="checkbox"/> Vehículos propiedad de la agencia <input type="checkbox"/> Vehículos propiedad del personal <input type="checkbox"/> Transporte público genérico <input type="checkbox"/> Transporte público especializado <input type="checkbox"/> Caminar a áreas cercanas <input type="checkbox"/> Otro (describa):
Apoyos para comer, alergias y adaptaciones	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Solo alimentación por sonda <input type="checkbox"/> Dieta líquida / suave / puré <input type="checkbox"/> Alimentos cortados en bocados <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Necesita supervisión y ayuda del personal para comer <input type="checkbox"/> Otros (describa):
Dispositivos médicos a usar durante las visitas con base en necesidades evaluadas (el personal deberá recibir instrucciones de uso)	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer <input type="checkbox"/> Barandillas de cama <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Otros (describa):
Adaptaciones ambientales necesarias para la seguridad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Suministros de limpieza bajo llave <input type="checkbox"/> Otras (describa):
Otros artículos que traerá la persona (marque todos las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Ropa interior <input type="checkbox"/> Artículos de aseo personal <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación <input type="checkbox"/> Otros dispositivos o equipos médicos:
En el caso de dispositivos de comunicación, de haberlos, indique el apoyo y la instrucción al personal en el uso del dispositivo	<input type="checkbox"/> El personal no brindará apoyo para el uso del dispositivo de comunicación <input type="checkbox"/> El personal brindará apoyo para el uso del dispositivo de comunicación Si se brinda apoyo, las instrucciones al personal incluyen:
<b>Revisión y firma del proveedor de servicios planeados de relevo nocturno</b>	
FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
<b>Parte 2. Debe llenarla el padre, la madre, el tutor o el cuidador, después de leer el acuerdo de relevo.</b>	
Cambios en los medicamentos desde que se llenó la solicitud de relevo inicial	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Indicar:
Cambios en la salud, la conducta, u otros cambios desde que se llenó la solicitud de relevo inicial	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Indicar:
Todas las otras necesidades identificadas o cambios necesarios al acuerdo de relevo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí (describa):	
Entiendo que hay algunos riesgos conocidos en el uso de dispositivos médicos. Después de ponderar los beneficios previstos y los riesgos para la seguridad, consiento a que el personal use los siguientes dispositivos médicos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer <input type="checkbox"/> Barandillas de cama <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Otro (describa):	

<b>Firmas</b>		
FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR / CUIDADOR	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
FECHA DE ENTREGA AL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO DE LA DDA		

**Parte 3. Debe llenarla todo el personal después de leer el acuerdo de relevo y antes de trabajar a solas con la persona.**

Es necesario que los miembros del personal firmen a continuación antes de trabajar a solas con un cliente de servicios planeados de relevo nocturno, y que indiquen que han leído, entendido y aceptado los servicios de apoyo que se describen en el acuerdo de servicios planeados de relevo nocturno.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PERSONAL	FECHA