

ORIENTACIÓN DEL PROVEEDOR PREVIA AL SERVICIO

Última fecha actualizado/revisado: _____ Revisor: _____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe llenarse por el proveedor y el miembro y/o la persona responsable antes de iniciar los servicios y actualizarse anualmente a partir de entonces. El proveedor DEBE conservar una copia y enviar otra copia al coordinador de apoyo para que sea guardada en el archivo del miembro.**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**Nombre de la persona (*Apellido, Nombre, Segunda inicial*): _____

Núm. de Assists: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género/Identidad: _____ Preferencia de idioma: _____

Preferencias culturales: _____

Diagnóstico calificador: _____ Otros diagnósticos: _____

Dirección de la persona (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____

Preferencia de uso del dispositivo de verificación electrónica de visitas (EVV): _____

¿Tiene el miembro voluntades anticipadas?: Sí No ¿Fuma el miembro?: Sí No

¿Consume bebidas alcohólicas el miembro?: Sí No

CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA

Necesita capacitación en administración: Sí No Necesita capacitación en movilidad: Sí No

de medicamentos: Sí No Necesita capacitación en manejo de convulsiones: Sí No

Necesita capacitación en alimentación: Sí No Necesita capacitación en prevención y apoyo: Sí No

Necesita capacitación del plan conductual: Sí No Necesita capacitación en movilidad/traslado: Sí No

¿Requiere alguna capacitación especializada adicional? Sí No Si es así, describa: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR/PERSONA RESPONSABLETutor/persona responsable (*Apellido, Nombre, Segunda inicial*): _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Preferencia de idioma: _____ Correo electrónico: _____

Preferencias culturales: _____

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____Nombre del contacto de emergencia (*Si no es la parte responsable*): _____

Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO MÉDICO/SALUD CONDUCTUAL

Nombre del plan de salud de ALTCS/DDD: _____

Núm. ID de AHCCCS: _____ Teléfono: _____

Otra información del seguro médico: _____

Nombre del Doctor primario: _____ Teléfono: _____

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____

Proveedor de servicios de salud conductual: _____ Teléfono: _____

Centro de atención de urgencia: _____ Teléfono: _____

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____

Vea la página 6 para leer las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GIN

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE COORDINACIÓN DE APOYO

Nombre del coordinador de apoyo: _____

Ubicación de la oficina : _____ Teléfono: _____

Supervisor del coordinador de apoyo: _____

Teléfono del supervisor del coordinador de apoyo: _____

Correo electrónico del supervisor del coordinador de apoyo: _____

SALUD-MÉDICA

MEDICAMENTOS ACTUALES Y NECESIDADES DE APOYO:

Requiere registro de medicamentos: Sí No

¿Dónde puede encontrar una lista de medicamentos actuales y cualquier instrucción especial?

ALERGIAS A:

Alimentos: Sí No Especifique: _____

Medicamento: Sí No Especifique: _____

Picaduras de abeja: Sí No Especifique: _____

Otra: Sí No Especifique: _____

Respuesta requerida a alguna reacción alérgica, proporcione cualquier orden/recomendación escrita por un profesional:

CONVULSIONES:

 Sí No Si es así, describa qué tipo de convulsión y como son:

Frecuencia: _____ Duración aproximada: _____

Respuesta requerida a las convulsiones, proporcione cualquier orden/recomendación escrita por un profesional:

Requiere servicios de enfermería: Sí No

DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA: Sí No

Visión: _____ Audición: _____ Aparatos dentales: _____

Otras rutinas de cuidado de salud personalizadas:

NUTRICIÓN

COMER (MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN)

	Cubiertos	Preparación de comidas	Llevar comida a la boca	Atragantar	Menstruación	Entiende la temperatura de las comidas	Otro
Independiente, no requiere apoyo							
Requiere indicación/recordatorio							
Requiere asistencia/supervisión limitada							
Requiere asistencia significativa/supervisión							

Describe cualquier requisito dietético especial, incluso la consistencia de los alimentos, la temperatura, las necesidades calóricas o escriba no aplica:

BEBER (MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN)

	Puede usar taza o vaso	Puede usar taza o vaso adaptado	Capaz de obtener o solicitar bebidas	Entiende la temperatura de las bebidas	Atragantar	Otro (Describe a continuación)
Independiente, no requiere apoyo						
Requiere indicación/recordatorio						
Requiere asistencia/supervisión limitada						
Requiere asistencia significativa/supervisión						

Describe cualquier equipo adaptable/necesidades especiales/sistema que utilice para ingerir líquido o escriba no aplica:

DIETA ESPECIAL

Ingesta de alimentos por medio del tracto gastrointestinal (GI): Sí No

(Se requieren instrucciones especiales/marque el tipo e incluya instrucciones especiales)

Sonda nasogástrica (NGT) _____

Sonda orogástrica (OGT) _____

Sonda nasoentérica _____

Sonda oroentérica _____

Sonda de gastrostomía _____

Sonda de yeyunostomía _____

¿Quién brindará capacitación y para cuándo? _____

Trastorno alimenticio (Describe el tipo y apoyo necesario): Sí No _____

Otras restricciones dietéticas (Describe): Sí No _____

COMUNICACIÓN (MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN)						
	Usa oraciones complejas	Usa oraciones simples	Lenguaje de señas americano	Indica Sí/No con la cabeza	Gestos/Señas	Otro (Describa a continuación)
Independiente, no requiere apoyo						
Requiere indicación/recordatorio						
Requiere asistencia/supervisión limitada						
Requiere asistencia significativa/supervisión						

Describa cualquier otro requisito de comunicación o escriba no aplica:

Describa el dispositivo de comunicación aumentativa o escriba no aplica:

MOVILIDAD (MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN)							
	Gatear/Deslizarse	Arrodillarse	Ponerse de pie	Caminar	Correr	Trepar	Otro (Describa a continuación)
Independiente, no requiere apoyo							
Requiere indicación/recordatorio							
Requiere asistencia/supervisión limitada							
Requiere asistencia significativa/supervisión							

Describa cualquier otro requisito de movilidad o escriba no aplica:

Para cualquier dispositivo, ¿quién brindará la capacitación y para cuándo?

AYUDA PARA LA MOVILIDAD/EL EQUILIBRIO (Marque según corresponda)

N/A Andador Bastón Muletas Ortesis de tobillo y pie (AFO) Aparatos ortopédicos para piernas
 Silla de ruedas Silla de ruedas eléctrica Otra (Especifique): _____

NECESITA APOYO PARA TRASLADAR: Sí No Si es así, estatura: _____ Peso: _____

Levantar con una persona Levantar con dos personas Elevador mecánico

Levantar/Trasladar menos de 50 lbs Levantar/Trasladar más de 50 lbs Tabla auxiliar de traslado

Instrucciones para levantar/cargar: _____

Instrucciones para posicionar: _____

APOYO DE TRANSPORTE NECESARIO:

Asiento de carro Requiere vehículo adaptable

Otras necesidades de transporte _____

CUIDADO PERSONAL (MARQUE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN)							
	Vestirse	Aseo personal	Bañarse	Higiene oral	Menstruación (si corresponde)	Admin. de Med.	Otro (Describa a continuación)
Independiente, no requiere apoyo							
Requiere indicación/ recordatorio							
Requiere asistencia/ supervisión limitada							
Requiere asistencia significativa/supervisión							

Describa las necesidades y preferencias especiales de cuidado personal o escriba no aplica:

CONDUCTA (Si corresponde)			Sí	No
Breve descripción	Frecuencia aproximada	Intervención recomendada		
Agresión verbal				
Agresión física				
Conducta de autolesión				
Destrucción de propiedad				
El miembro abandona el área sin informar a nadie				
Autoestimulación				
Provocación sexual				
Intervención de crisis/ Hospitalización en los últimos 6 meses				
Búsqueda extrema de líquidos/ alimentos				
Ingestión de objetos no comestibles				
Dificultad con las transiciones				
Dificultad para comprender las consecuencias				
Abuso de sustancias – Drogas, alcohol, otras				
Otra				

Está disponible para información adicional un plan de tratamiento conductual (BTP): Sí No

Motivo para el para el BTP _____

Método utilizado para obtener información (p.ej. en persona, archivo del caso) _____

Hay una evaluación de conductua funcional (FBA) disponible para obtener información adicional: Sí No

Hay un plan de intervención en caso de crisis disponible para obtener información adicional: Sí No

Se proporciona apoyo de salud conductual adicional por medio del plan de salud: Sí No

Dónde se guarda la información adicional (*p.ej. en persona, archivo del caso*): _____

DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN: Sí No

Receta en el archivo: Sí No Fecha de aprobación de PRC: _____

Instrucciones para el uso: _____

Propósito: _____

PROGRAMA DIURNO/DE EMPLEO (*Si corresponde*)

Nombre del programa: _____ Tipo de programa: _____

Días y horas de asistencia: _____ Método de transporte: _____

Dirección del programa (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.*): _____

Teléfono: _____ Hay necesidades especiales de personal: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Proveedor calificado: _____

Dirección del proveedor calificado: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono después del cierre: _____

FIRMAS

Firma de la persona que llena el formulario, si no es la parte responsable: _____

Relación: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor en letra de molde: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona responsable/tutor en letra de molde: _____

Firma de la persona responsable/tutor: _____ Fecha: _____

Distribution: Copy – Provider; Copy – District Office; Copy – Parent/Guardian; Copy – Support Coordinator