

APUNTES DEL PROGRESO DE CUIDADO PERSONAL

Nombre Del Individuo (*Apellido, nombre de pila, S.I.*): _____

Numero de ASSISTS: _____ Nombre Del Coordinador De Apoyo: _____

MES/AÑO	DÍAS DEL MES																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HORAS DE CUIDADO PERSONAL:																																
SUMA EN TOTAL LAS HORAS DEL MES:																																

Progreso/Resultado:

Problemas de Comportamiento:

Problemas Médicos:

Comentarios:

Recomendaciones:

Barreras:

Firma del Proveedor(a): _____ Fecha: _____

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha: _____