

LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA MUDANZA RESIDENCIAL

La Coordinación de Apoyo tiene que llenar este formulario para los miembros que se mudan a o entre ámbitos residenciales de la DDD.

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

Nombre del Coordinador de Apoyo: _____

Tutor o Parte responsable: _____

Mudanza

De: _____

A: _____

Fecha objetivo para la mudanza: _____ Hora de recogida: _____

Motivo de la mudanza: _____

Proveedor calificado actual presente, si no, explique: _____

Futuro proveedor calificado: _____

Proveedor actual de empleo o programa diurno presente, si no, explique: _____

Los siguientes formularios deben estar disponibles en la reunión previa a la mudanza:

- Plan de Gastos DDD-0221A-S
- Derechos, Salud y Medidas de Protección DDD-1569A-S
- Acuerdo Residencial DDD-2176A-S

1. Describa el día de la mudanza, incluyendo quién ayudará con el transporte/empaque/desempaque, y los preparativos de la mudanza. ¿Cómo participarán el miembro y su familia o tutor en la mudanza?

Documente la discusión y los elementos de acción:

2. ¿Tiene el miembro sus propios muebles o tendrá que proporcionarlos el nuevo proveedor?

Documente la discusión y los elementos de acción:

3. ¿Se ha creado y/o compartido un inventario (ropa/propiedad personal) con el nuevo proveedor y el miembro/tutor?
Sí No N/A (no corresponde si está en un hogar familiar)

Documente la discusión y los elementos de acción:

4. ¿Se han compartido los registros civiles (p. ej., certificados de nacimiento, tarjeta de seguro social, documentos del tutor, documentos judiciales, etc.) con el nuevo proveedor y/o el miembro/tutor? Sí No N/A

Documente la discusión y los elementos de acción:

5. ¿Requerirá un cambio de médico de atención primaria (PCP)? Sí No

Si contestó "Sí", persona responsable: _____

Si contestó "No", persona responsable de notificar al PCP de la mudanza: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

6. ¿Requerirá un cambio de proveedor de salud conductual? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable: _____

Si no requiere ningún cambio, persona responsable de notificar a la agencia proveedora de salud conductual del cambio: _____

Agencia o contacto actual del proveedor de salud conductual: _____

Nueva agencia o contacto actual del proveedor de salud conductual, si corresponde:

Documente la discusión y los elementos de acción:

7. Si el miembro tiene un plan de crisis, ¿se ha actualizado y compartido con el proveedor? Sí No N/A

Si contestó "No", describa: _____

8. ¿Requiere el miembro un Plan de Conducta (como se indica en el Artículo 9)? Sí No N/A

Si existe un plan actual aprobado por DDD/PRC (Comité de Revisión de Programas), ¿se ha compartido con la nueva agencia incluyendo todos los materiales necesarios para implementar el plan? Sí No N/A

¿Quién está designado para orientar al personal acerca del Plan de Conducta actual?

Si es necesario desarrollar un Plan de Conducta, persona responsable de crear el nuevo Plan de Conducta (dentro de 90 días) en el Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP): _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

9. Si el miembro tiene necesidades de enfermería especializada, ¿se ha notificado de la mudanza a la enfermera del distrito de los servicios de salud y se han programado las visitas de enfermería cada hora? Sí No N/A

Si contestó "No", persona responsable de notificar a la enfermera del distrito de los servicios de salud:

Documente la discusión y los elementos de acción:

10. ¿Se ha identificado, ordenado y organizado el equipo médico duradero por parte del plan de salud antes de la mudanza (p. ej., dispositivo aumentativo, silla de ruedas, silla de ducha, pasamanos, elevador Hoyer o asiento de inodoro elevado, etc.)? Sí No N/A

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

11. ¿Se ha notificado de la mudanza al proveedor de equipos/suministros médicos (p. ej., suplementos nutricionales, suministros para diabéticos, suministros para la incontinencia, etc.)? Sí No N/A

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

12. ¿Tiene el miembro una sonda de gastrostomía, una colostomía o cualquier otra necesidad médica no especializada?
Sí No

Si contestó "Sí", ¿ha sido capacitado o se ha programado la capacitación del nuevo proveedor antes de que el miembro se mude? Sí No N/A

Documente la discusión y los elementos de acción:

13. ¿Requerirá la mudanza un cambio de farmacia? Incluya información actual de la farmacia. Sí No N/A
Farmacia/cruce de caminos/ubicación actual:
-

Nueva farmacia/cruce de caminos/ubicación, si corresponde:

Si contestó "Sí", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

14. ¿Tiene el miembro un suministro adecuado de medicamentos y recetas actuales? Sí No N/A

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción para prevenir un lapso en el medicamento:

15. ¿Requerirá la mudanza un cambio en los servicios de empleo o en el programa diurno? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable (no puede ser un proveedor calificado para los programas financiados por DDD): _____

Si contestó "No", persona responsable de notificar al programa de empleo o diurno de la mudanza:

Programa de empleo/día actual y nombre/teléfono del contacto:

Nuevo programa de empleo/día y nombre/teléfono del contacto, si corresponde:

Documente la discusión y los elementos de acción:

16. ¿Requerirá la mudanza un cambio de escuela/distrito? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable: _____

Si contestó "No", persona responsable de notificar a la escuela/distrito de la mudanza: _____

Escuela actual y nombre/teléfono de contacto: _____

Nueva escuela y nombre/teléfono de contacto, si corresponde: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

17. ¿Hay alguna actividad comunitaria en la que el miembro desea seguir participando después de la mudanza (p. ej., iglesia, olimpiadas especiales, bailes, etc.)? Sí No N/A

Documente la discusión y los elementos de acción:

18. ¿Se evalúa al miembro para los servicios de terapia? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable de la notificación: _____

Nombre/teléfono del contacto actual de la agencia de terapia: _____

Nombre/teléfono del nuevo contacto de la agencia de terapia, si corresponde: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

19. ¿Requerirá el ámbito residencial o el vehículo adaptaciones o equipo adicional (p. ej., barras de apoyo, rampas, plexiglás o lámina en las ventanas, etc.) para satisfacer las necesidades del miembro? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

20. ¿Tiene el miembro alguna dependencia eléctrica? (p. ej., ventilador, concentrador de oxígeno, silla de ruedas eléctrica) Sí No N/A

Documente la discusión y los elementos de acción:

21. ¿En qué plan de salud está inscrito el miembro?

Nombre del plan de salud: _____

22. ¿Se ha proporcionado la tarjeta del plan de salud al nuevo proveedor? Sí No N/A

Documente la discusión y los elementos de acción:

23. ¿Se ha asignado un gerente de atención del plan de salud? Sí No

Si contestó "Sí", nombre e información de contacto del gerente de atención: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

24. ¿Se ha completado un Informe Electrónico de Cambio del Miembro (EMCR) para la mudanza? (Sólo para atención a largo plazo) Sí No N/A

Si contestó "Sí", fecha en la que se completó el EMCR: _____

Si contestó "No", documente la discusión y los elementos de acción:

25. ¿Quién es el beneficiario?

Nombre e información de contacto del beneficiario: _____

Si el beneficiario es Fondos del Cliente, ¿se le ha notificado de la mudanza por parte del Coordinador de Apoyo?

 Sí No N/A

Si el beneficiario es diferente, ¿se le ha notificado al Seguro Social de la mudanza? Sí No N/A

Persona responsable: _____

26. ¿Tiene el miembro fondos personales en el hogar actual? Sí No N/A

Si contestó "Sí", persona responsable de devolverlo al beneficiario: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

27. ¿Se ha creado/actualizado el formulario del Plan de Gastos DDD-0221A FORSFF? Sí No

Documente la discusión y los elementos de acción:

28. ¿Se ha creado/actualizado el formulario de Derechos, Salud y Medidas de Protección DDD-1569A-S? Sí No

Documente la discusión y los elementos de acción:

29. ¿Se ha completado el Acuerdo Residencial? Sí No

Si contestó "No", tiene que completar antes de la mudanza, e indicar el plan y la persona responsable:

Documente la discusión y los elementos de acción:

30. ¿Ha visitado el miembro el nuevo hogar? Sí No

Si contestó "No", persona responsable de coordinar la visita: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

31. ¿Se ha programado la reunión a los 10 ó 30 días después de la mudanza, tal y como se requiere en el capítulo 1620 del Manual de Política Médica de la División - Estándares de supervisión y reevaluación del plan de servicios?

 Sí No

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

32. ¿Se han autorizado los servicios al sitio correcto en la aplicación de Focus/Manejo de casos de miembros y se ha actualizado la libreta de direcciones? Sí No

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

33. ¿Hay algún personal de atención directa que acompañará al miembro al nuevo hogar? Sí No N/A

¿Cómo se orientará y capacitará al nuevo personal de atención directa para satisfacer las necesidades del miembro?

34. ¿Tiene el miembro una dieta especial? Sí No

Si contestó "Sí", documente la discusión y los elementos de acción:

35. ¿Requerirá el miembro alguna necesidad mejorada de apoyo del personal, y se ha documentado esto en el Plan de Servicio Centrado en la Persona? Sí No N/A

Si contestó "Sí", describa cómo se realizará (p. ej., al alcance de la mano o de la vista, sólo durante las horas despiertas): _____

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

36. ¿Está el miembro registrado para votar? Sí No N/A

Si contestó "Sí", ¿se ha notificado al registro de votantes de la mudanza? Sí No

Documente la discusión y los elementos de acción:

37. ¿Se le ha notificado a la red de la fecha de la mudanza? Sí No

Si contestó "No", persona responsable: _____

Documente la discusión y los elementos de acción:

CC:

Onbase Member File, Section S4.5 Placement Profile

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office