

EVALUACIÓN PASRR IINombre de la persona (*Apellido, Nombre*): _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ ID de AHCCCS: _____

ID de ASSISTS ID: _____ ID de Focus: _____

Miembro de DDD: Sí No Elegibilidad (*nivel de atención de ALTCS*): _____Tipo de evaluación: Inicial Revisada Ubicación: _____

Fecha de referencia: _____ Fecha de recepción: _____ Fecha del examen: _____

Nombre del coordinador de apoyo de DDD: _____ No. de tel. (*incluya el código de área*): _____Responsable de la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud de la persona:

Relación con el individuo: _____

Diagnóstico:

Nombre del centro de enfermería: _____ Fecha de ingreso: _____

Residencia de la persona: _____ No. de tel. (*incluya el código de área*): _____Dirección (*No., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal*): _____Nombre del médico: _____ No. de tel. (*incluya el código de área*): _____Dirección (*No., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal*): _____**CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN***(Marque [✓] todo lo que corresponda):*

La persona tiene un diagnóstico de retraso mental (MR, por sus siglas en inglés) antes de los 22 años.

Leve Moderado Severo Profundo N/A

La persona tiene antecedentes de ID (*discapacidad intelectual, ID por sus siglas en inglés*) o una discapacidad del desarrollo identificada en el pasado.

La persona exhibe conductas cognitivas o psicológicas que pueden indicar ID o discapacidad del desarrollo.

La persona tiene un diagnóstico de trastorno convulsivo antes de los 22 años.

La persona tiene un diagnóstico de parálisis cerebral antes de los 22 años.

Vea la página 7 para leer la declaración de EOE/ADA

La persona tiene un diagnóstico de autismo antes de los 22 años.

Si alguno de los anteriores está marcado, continúe.

SECCIÓN I - HISTORIA MÉDICA

A. HISTORIA DEL PACIENTE (*Proporcione un breve historial, incluyendo hospitalización reciente*)

B. PROBLEMAS DE SALUD/FACTORES DE RIESGO ACTUALES O RECIENTES

Enfermedad cardíaca	Enfermedad pulmonar	Enfermedad renal	Diabetes	Cáncer
Caída/Inestabilidad	Lesión en la cabeza	Dolor crónico	Artritis	Convulsiones
Amputaciones	Úlcera(s) por presión	CVA	Problemas de visión	
Problema de ingesta de alimentos o líquidos		Obesidad	Problemas de audición	
Alergias: _____				Abuso de sustancias
Neumonía	Otro _____			
Alerta	Semi-consciencia			

C. TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL (*Explique*)

Enumere todas las fuentes de información médica:

NOMBRE DEL DOCTOR	NO. DE TELÉFONO	DIRECCIÓN

Expediente médico Paciente Otro (especificar): _____

Consulta con familia/tutor (incluir nombres y fechas)

SECCIÓN I - Historial médico completado por: _____

Puesto: _____ Fecha: _____

SECCIÓN II - ESTADO FUNCIONAL

A. DESARROLLO DE AUTOAYUDA (Califique el nivel de independencia en lo siguiente)		IND	MIN	MOD	DEP
CÓDIGOS: INdependiente; asistencia MÍNima; definido como que incluye la necesidad de supervisión, indicaciones verbales o asistencia física mínima; Asistencia MODerada, implica la necesidad de asistencia física; DEPendiente.					
ESTADO DE SALUD	Funcionamiento físico, bienestar emocional, dolor o malestar y percepción general de la salud.				
MEDICAMENTO	Autoadministración, qué medicamentos tomar y a qué hora tomarlos.				
COMER	Acto de llevar la comida a la boca, masticar y tragar.				
BAÑARSE	Bañar el cuerpo, lavar el cabello con champú.				
VESTIRSE	Tener ropa lista y vestir todo el cuerpo, incluida cualquier ortesis.				
IR AL BAÑO	Uso del inodoro, orinal, bacinilla, incluyendo limpiarse después de cada uso y ajustarse la ropa.				
TRASLADO	Traslado desde y hacia la cama, silla o silla de ruedas.				
LOCOMOCIÓN	Incluye caminar, una vez de pie; uso de una silla de ruedas en el interior.				

B. DESARROLLO SENSORIOMOTOR (Marque [✓] todo lo que corresponda)

Ambulatorio No ambulatorio Camina independientemente Transferencias sin ayuda
 Se mueve de una habitación a otra Mantiene la posición Tiene destreza motora gruesa
 Sigue el movimiento con los ojos Tiene habilidades motoras finas Tiene coordinación ojo-mano

C. COMUNICACIÓN (Marque [✓] todo lo que corresponda)

Verbal No verbal Problemas de visión Problemas de audición Usa sistema de comunicación
 Usa dispositivo de amplificación Tiene habilidades de orientación

Grado en el cual de los siguientes dispositivos puede mejorar la capacidad funcional del individuo (sea específico)

Sistema de comunicación no oral:

Dispositivo de amplificación (p. ej., audífono) o un programa de amplificación:

E. DESARROLLO SOCIAL (*Marque [✓] todo lo que corresponda*)

Inicia conversación Responde a preguntas Mantiene contacto visual Escoge actividades recreativas
Indica preferencia de personal, familia o amigos Reconoce actividades de recreativas vs. vocacionales

F. DESARROLLO EDUCATIVO ACADÉMICO (*Marque [✓] todo lo que corresponda*)

Identifica la hora del día Nombra el día de la semana Tiene conceptos de dinero Mantiene un horario
Escribe su nombre Escribe información vital Compra artículos independientemente
Entiende causa y efecto

G. DESARROLLO DE VIDA INDEPENDIENTE (*Marque [✓] todo lo que corresponda*)

Prepara comidas frías Mantiene la casa limpia Cruza las calles con seguridad
Presenta una apariencia limpia Opera lavadora y secadora Guarda la ropa limpia
Limpia el dormitorio Presupuesta y administra el dinero Selecciona alimentos nutritivos
Prepara porciones de comida caliente Se desplaza por el vecindario Reconoce señales de peligro
Compra en el supermercado Autocontrol del estado nutricional

H. DESARROLLO VOCACIONAL (*Marque [✓] todo lo que corresponda*)

Coopera con el personal Ensambla objetos Completa tareas con otros en el área de trabajo
Sigue reglas e instrucciones Atiende a la tarea Completa trabajo repetitivo aceptando errores
Diferencia el tamaño y la textura de los objetos Es puntual Agarra artículos grandes
Hace trabajo por contrato Permanece en la estación de trabajo Manipula artículos pequeños
Transferir artículo a través de la línea media

I. DESARROLLO AFECTIVO (*Marque [✓] todo lo que corresponda*)

Mantiene una buena relación Acepta la decepción apropiadamente Expresa emociones
Acepta invitación Acepta críticas Vive independientemente

J. FACTORES DE COMPORTAMIENTO (Marque [✓] aquellos factores de comportamiento que pueden afectar a los cuidados posteriores al alta)

Agitación (muestra ansiedad, inquietud)

Depresión (parece triste, sin esperanza; tiene problemas para dormir, apetito)

Deambular (no entiende las limitaciones territoriales, lo que lleva a situaciones inseguras)

Abusivo verbalmente (Amenaza, grita o insulta a otros)

Frecuencia: Ocasionalmente Diariamente 2+ al día 1-3 por semana

Abusivo físicamente (golpea, araña o abusa sexualmente de otros)

Frecuencia: Ocasionalmente Diariamente 2+ al día 1-3 por semana

Abuso de sí mismo (se golpea, araña o cualquier otro comportamiento autodestructivo)

Frecuencia: Ocasionalmente Diariamente 2+ al día 1-3 por semana

Socialmente Inapropiado/Disruptivo (hace sonidos disruptivos, grita, sexualmente inapropiado o se desviste en público, mancha o tira comida, toma las pertenencias de otros)

Frecuencia: Ocasionalmente Diariamente 2+ al día 1-3 por semana

Comentarios:

SECCIÓN II – Estado funcional completado por: _____

Puesto: _____ Fecha: _____

SERVICIOS ESPECIALIZADOS (Marque [✓] todo lo que corresponda)

Apoyo entre compañeros Programa diurno Consejería de apoyo Masaje Terapia recreativa

Arteterapia Aromaterapia Apoyo Espiritual Rehabilitación Vocacional

Biografía de demencia Musicoterapia Dejar de fumar

Terapia Acuática Promoción elección personal mayor control-comidas y otros

Habilitación Otros: _____

Comentarios:

Si no hay Servicios Especializados, otros servicios recomendados, o de menor intensidad:

Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Terapia del Habla	Programa de Enfermería Restaurativa
Programa Walk to Dine	Referencia de salud conductual	Consulta dental	Consulta de audiología
Consulta Oftalmológica	Otro: _____		

Comentarios:

DETERMINACIÓN

Centro de enfermería	Sí	No	Planes futuros de alta	Sí	No
Entorno menos restrictivo / Comunidad	Sí	No			

Comentarios:

Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____