



Administración de casos específicos - Coordinación de la transición (TCM-TC)

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EN LA COMUNIDAD

NOMBRE DEL AFILIADO _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO			
1. INFORMACIÓN GENERAL			
a. APELLIDO DEL COORDINADOR DE LA TRANSICIÓN		b. NOMBRE	c. FECHA
d. APELLIDO DEL AFILIADO		e. NOMBRE	
f. DIRECCIÓN	g. CIUDAD		h. CÓDIGO POSTAL
i. CONDADO	j. TELÉFONO	k. FECHA DE NACIMIENTO	l. SEXO
m. ESTADO CIVIL			
2. RAZA/ORIGEN ÉTNICO (opcional)			
a. <input type="checkbox"/> Blanco	d. <input type="checkbox"/> Hispano o latino	g. <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	
b. <input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano	e. <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska		
c. <input type="checkbox"/> Asiático	f. <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico		
3. IDIOMA			
a. <input type="checkbox"/> Inglés	e. <input type="checkbox"/> Oral	i. <input type="checkbox"/> Escrito	
b. <input type="checkbox"/> Español	f. <input type="checkbox"/> Oral	j. <input type="checkbox"/> Escrito	
c. <input type="checkbox"/> Otro:	f. <input type="checkbox"/> Oral	k. <input type="checkbox"/> Escrito	
d. <input type="checkbox"/> Otro:	h. <input type="checkbox"/> Oral	l. <input type="checkbox"/> Escrito	
4. APOYO DE FAMILIAR/AMIGO/REPRESENTANTE AUTORIZADO			
a. <input type="checkbox"/> Un familiar/amigo vive cerca y apoya la transición			
b. <input type="checkbox"/> Un familiar/amigo vive cerca y no apoya la transición			
c. <input type="checkbox"/> Un familiar/amigo está disponible para ayudar durante la transición y la vida continua en la comunidad			
d. <input type="checkbox"/> Un familiar/amigo no está disponible para ayudar durante la transición y la vida continua en la comunidad			
e. NOMBRE DEL FAMILIAR/AMIGO			
f. TELÉFONO DE CONTACTO DEL FAMILIAR/AMIGO		g. CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	
h. DIRECCIÓN DEL FAMILIAR O AMIGO	i. CIUDAD		j. CÓDIGO POSTAL
5. FUENTES Y MONTOS DE LOS INGRESOS DEL AFILIADO (complete los montos) El SNF debe suministrar las cartas de aprobación de ingresos 5615			
a. <input type="checkbox"/> SSI	\$	h. <input type="checkbox"/> Asignación para necesidades personales	\$
b. <input type="checkbox"/> Pensión	\$	i. <input type="checkbox"/> Cuenta corriente	\$
c. <input type="checkbox"/> Empleo	\$	j. <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	\$
d. <input type="checkbox"/> Pensión por vejez	\$	k. <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	\$
e. <input type="checkbox"/> AND/AB	\$	l. <input type="checkbox"/> Plan funerario	\$
f. <input type="checkbox"/> SSA	\$	m. <input type="checkbox"/> Seguro Social: \$	<input type="checkbox"/> Se requiere solicitud
g. <input type="checkbox"/> SSDI	\$	n. <input type="checkbox"/> Cuenta de necesidades personales	\$
6. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CÓNYUGE (complete los montos) El SNF debe suministrar las cartas de aprobación de ingresos 5615			
a. <input type="checkbox"/> SSI	\$	h. <input type="checkbox"/> Asignación para necesidades personales	\$
b. <input type="checkbox"/> Pensión	\$	i. <input type="checkbox"/> Cuenta corriente	\$
c. <input type="checkbox"/> Empleo	\$	j. <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	\$
d. <input type="checkbox"/> Pensión por vejez	\$	k. <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	\$
e. <input type="checkbox"/> AND/AB	\$	l. <input type="checkbox"/> Plan funerario	\$
f. <input type="checkbox"/> SSA	\$	m. <input type="checkbox"/> Otro:	\$
g. <input type="checkbox"/> SSDI	\$	n. <input type="checkbox"/> Otro:	\$

7. INFORMACIÓN DEL SEGURO (complete la información solicitada) El SNF debe suministrar el archivo común		
a. <input type="checkbox"/> CHP+	i. <input type="checkbox"/> Medicare Parte B	
b. <input type="checkbox"/> Medicaid de atención a largo plazo – 300 %	j. <input type="checkbox"/> Medicare Parte D	
c. <input type="checkbox"/> Medicaid de atención a largo plazo – Categórico	k. <input type="checkbox"/> Privado:	
d. <input type="checkbox"/> Medicaid de atención a largo plazo – Conyugal 300 %	l. <input type="checkbox"/> Beneficios de Asuntos de Veteranos	
e. <input type="checkbox"/> Medicaid de atención a largo plazo – Conyugal categórico	m. <input type="checkbox"/> Otro:	
f. <input type="checkbox"/> Número de Medicaid:	1. <input type="checkbox"/> Solicitud de Medicaid en proceso; condado:	
g. <input type="checkbox"/> Medicaid pendiente	2. <input type="checkbox"/> Solicitud de Medicaid necesaria	
h. <input type="checkbox"/> Medicare Parte A	3. <input type="checkbox"/> Solicitud de Medicaid enviada; Fecha:	
8. INFORMACIÓN LEGAL El SNF debe suministrar documentos legales		
a. NOMBRE DEL TUTOR LEGAL	b. TELÉFONO DEL TUTOR	
c. PODER NOTARIAL	d. PODER NOTARIAL MÉDICO	
e. VOLUNTADES ANTICIPADAS	f. AUTORIDAD DE COLOCACIÓN	
g. NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	h. TELÉFONO DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
i. LA PERSONA ES SU PROPIO BENEFICIARIO	j. LA PERSONA DESEA SER SU PROPIO BENEFICIARIO	
9. INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL AFILIADO Y EL TUTOR – Informe del AFILIADO		
a. Tipo de custodia <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Limitada Comentarios: Explique:		
b. ¿Con qué frecuencia el AFILIADO ve al tutor?	c. ¿Cuándo fue la última vez que el AFILIADO vio al tutor?	
d. ¿Qué tipo de visitas hace el tutor?		
<input type="checkbox"/> Visitas en persona	De ser así, ¿cantidad en los últimos 6 meses?:	
<input type="checkbox"/> Contactos por teléfono	De ser así, ¿cantidad en los últimos 6 meses?:	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico u otro tipo de contacto	De ser así, ¿cantidad en los últimos 6 meses?:	
10. CUSTODIA El SNF debe suministrar el informe del tutor		
¿El tutor reside en el estado de Colorado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ciudad _____		
¿El tutor puede participar en la planificación del alta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El tutor puede participar por lo menos en una reunión anual de planificación de servicios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿El tutor puede cumplir con todas las responsabilidades de custodia que se exigen legalmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
11. PROFESIONAL MÉDICO (Actual)		
a. NOMBRE DEL MÉDICO	b. TELÉFONO	
c. DIRECCIÓN	d. CIUDAD	e. CÓDIGO POSTAL
g. NOMBRE DEL PSIQUIATRA	h. TELÉFONO	
i. DIRECCIÓN	j. CIUDAD	k. CÓDIGO POSTAL

12. CENTRO DE ENFERMERÍA			
a. NOMBRE DEL CENTRO		b. TELÉFONO	
c. DIRECCIÓN	d. CIUDAD		e. CÓDIGO POSTAL
f. NOMBRE O CARGO DE LA PERSONA DE CONTACTO		g. TELÉFONO DE CONTACTO	
h. FECHA DE LA ADMISIÓN ACTUAL			
i. ADMISIONES ANTERIORES AL CENTRO DE ENFERMERÍA:		j. FECHAS	
13. BENEFICIARIO El SNF debe suministrar los documentos pertinentes			
<p>a. Si necesita un beneficiario, ¿tiene alguna sugerencia sobre quién podría ser?</p> <p>b. ¿Cómo cambió su beneficiario?</p> <p>c. ¿Está interesado en aprender las aptitudes necesarias para ser su propio beneficiario?</p>			
14. NECESIDADES RELATIVAS AL BENEFICIARIO			
a. <input type="checkbox"/> Elaborar un plan para cambiar de beneficiario		d. <input type="checkbox"/> Cambiar de beneficiario antes del alta	
b. <input type="checkbox"/> Programar una reunión en el Seguro Social		e. <input type="checkbox"/> Establecer un plan para que el AFILIADO reciba el cheque	
c. <input type="checkbox"/> Elaborar un plan para que el AFILIADO aprenda las aptitudes para ser su propio beneficiario			
15. ASESORAMIENTO PARA APOYAR LA TRANSICIÓN			
a. <input type="checkbox"/> El médico del centro ofrece apoyo		Comentarios:	
b. <input type="checkbox"/> El médico de la comunidad ofrece apoyo		Comentarios:	
c. <input type="checkbox"/> El centro de enfermería ofrece apoyo		Comentarios:	
d. <input type="checkbox"/> El profesional de la salud mental ofrece apoyo		Comentarios:	
e. <input type="checkbox"/> Asesoramiento del administrador de CTS del HCPF (si corresponde) Comentarios			
16. MIEMBROS DEL EQUIPO DE OPCIONES PARA LA TRANSICIÓN			
Nombre	Organismo	Teléfono	Correo electrónico

17. SALUD CONDUCTUAL	
a. <input type="checkbox"/> Sin problemas b. <input type="checkbox"/> Recibe tratamiento para la salud mental c. <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental en el pasado d. <input type="checkbox"/> Superó una enfermedad mental con éxito en el pasado Explicación del tratamiento exitoso o infructuoso de la enfermedad mental:	e. <input type="checkbox"/> Hospitalización: 1. Fechas de hospitalización: f. <input type="checkbox"/> Medicación psicoactiva: 1. Tipos:
18. CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	
a. <input type="checkbox"/> Ningún problema b. <input type="checkbox"/> Consumo actual c. <input type="checkbox"/> Consumo en el pasado d. <input type="checkbox"/> Superó un problema de consumo de sustancias adictivas en el pasado Explicación del tratamiento exitoso o infructuoso del consumo de sustancias adictivas:	e. <input type="checkbox"/> Riesgo de recaída f. <input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento del paciente internado: g. <input type="checkbox"/> Drogas de preferencia:
19. COGNITIVO O CONDUCTUAL*	
* Si el paciente ingresado no puede responder, obtenga información de otra fuente, pero identifique la fuente:	
a. <input type="checkbox"/> Problema de pérdida de memoria b. <input type="checkbox"/> Problema de ansiedad f. <input type="checkbox"/> Tratamiento del paciente internado: 1. Fechas de los tratamientos:	d. <input type="checkbox"/> Problemas de conducta 1. Explique: e. <input type="checkbox"/> Problema de desorientación 1. Explique:
20. MOTIVO CONDUCTUAL DE INGRESO AL CENTRO DE ENFERMERÍA ACTUAL El SNF debe proporcionar los documentos pertinentes	
a. <input type="checkbox"/> El tratamiento de una enfermedad mental fue un motivo para ingresar al centro actual 1. <input type="checkbox"/> La afección ha mejorado desde la admisión b. <input type="checkbox"/> El tratamiento de un trastorno cognitivo o conductual fue un motivo para ingresar a la instalación actual 1. <input type="checkbox"/> La afección ha mejorado desde la admisión	
21. TRATAMIENTOS DEL CENTRO DE ENFERMERÍA ACTUALES PARA LA SALUD CONDUCTUAL – Marque todo lo que corresponda	
a. <input type="checkbox"/> Psicológico	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
b. <input type="checkbox"/> Cognitivo	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
c. <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
d. <input type="checkbox"/> Trabajador social o terapeuta	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
e. <input type="checkbox"/> Unidad segura	1. <input type="checkbox"/> En curso 2. <input type="checkbox"/> Por un tiempo limitado; fecha objetivo para el traslado a una unidad no segura 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes del traslado a una unidad no segura; describa:
f. <input type="checkbox"/> Otro	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:

22. SALUD CONDUCTUAL – INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda	
a. <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia (por motivos de salud conductual) ¿en los últimos 6 meses?	1. Cantidad de contactos; 2. Motivo de los contactos;
b. <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad:	1. <input type="checkbox"/> Frecuencia de enfermedades u hospitalización 2. <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar los síntomas 3. <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las indicaciones de los medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Otro: Detalles:
c. <input type="checkbox"/> No ha podido mudarse a un entorno independiente desde el centro de enfermería o instalación de ICF-I/DD por lo siguiente:	1. <input type="checkbox"/> Imposibilidad de tomar los medicamentos según lo recetado 2. <input type="checkbox"/> Varios intentos infructuosos de vivir en la comunidad 3. <input type="checkbox"/> Carencia de servicios de salud conductual 4. <input type="checkbox"/> La familia no es partidaria de que viva en la comunidad 5. <input type="checkbox"/> Efecto negativo del consumo de sustancias adictivas 6. <input type="checkbox"/> El profesional de salud mental no es partidario de que viva en la comunidad 7. <input type="checkbox"/> Otro:
23. NECESIDADES COGNITIVAS O PARA LA MEMORIA	
a. <input type="checkbox"/> Planificador	c. <input type="checkbox"/> Control intensivo de los medicamentos en el hogar
b. <input type="checkbox"/> Caja de medicamentos	d. <input type="checkbox"/> Ayuda para obtener citas con el proveedor
e. <input type="checkbox"/> Apoyo de pares	f. <input type="checkbox"/> Reloj programable
g. <input type="checkbox"/> AA	h. <input type="checkbox"/> Otro

NECESIDADES MÉDICAS	
24. ENFERMEDAD	
a. <input type="checkbox"/> Ninguna enfermedad	b. <input type="checkbox"/> Tratamiento en el pasado de una enfermedad
25. ALERGIAS	
a. <input type="checkbox"/> Penicilina	c. <input type="checkbox"/> Insulina
b. <input type="checkbox"/> Sulfamidas	d. <input type="checkbox"/> Yodo
e. <input type="checkbox"/> Anticonvulsivos	f. <input type="checkbox"/> Otra
26. ENFERMEDADES ACTUALES	
a. <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	g. <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva
b. <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	h. <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda
c. <input type="checkbox"/> Artritis	i. <input type="checkbox"/> Demencia distinta de Alzheimer
d. <input type="checkbox"/> Asma	j. <input type="checkbox"/> Depresión
e. <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	k. <input type="checkbox"/> Diabetes
f. <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	l. <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)
m. <input type="checkbox"/> Glaucoma	n. <input type="checkbox"/> Cardiopatía
o. <input type="checkbox"/> Fractura de cadera	p. <input type="checkbox"/> Otra:
q. <input type="checkbox"/> Otra:	r. <input type="checkbox"/> Otra:
27. MOTIVOS MÉDICOS DE INGRESO AL CENTRO DE ENFERMERÍA ACTUAL	
a. <input type="checkbox"/> El tratamiento de una enfermedad fue un motivo para ingresar al centro actual	
1. <input type="checkbox"/> La enfermedad ha mejorado desde la admisión	
28. NECESIDADES MÉDICAS – INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda	
a. <input type="checkbox"/> Problemas médicos que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad:	1. <input type="checkbox"/> Carencia de servicios médicos, de enfermería o de terapia 2. <input type="checkbox"/> Cambio de las condiciones de salud 3. <input type="checkbox"/> Falta de registros de contacto de emergencia 4. <input type="checkbox"/> Frecuencia de enfermedades u hospitalización 5. <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar los síntomas 6. <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las indicaciones de los medicamentos 7. <input type="checkbox"/> Específicos de la enfermedad Detalles:

b. <input type="checkbox"/> No ha podido mudarse a un entorno independiente desde el centro de enfermería o ICF-I/DD por lo siguiente:	1. <input type="checkbox"/> Carencia de servicios médicos, de enfermería o de terapia Describa: 2. <input type="checkbox"/> Costo de los servicios médicos, de enfermería o de terapia 3. <input type="checkbox"/> Frecuencia de enfermedades u hospitalización 4. <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Servicios de urgencia (por motivos médicos) ¿en los últimos 6 meses?	1. Cantidad de contactos: 2. Motivo de los contactos;	
29. NECESIDADES MÉDICAS		
a. <input type="checkbox"/> Médico b. <input type="checkbox"/> Atención médica en el hogar c. <input type="checkbox"/> Suministros desechables	d. <input type="checkbox"/> Brazaletes de advertencia médica d. <input type="checkbox"/> Identificador de advertencia médica f. <input type="checkbox"/> Suministros para diabéticos	g. <input type="checkbox"/> Suministros para incontinencia h. <input type="checkbox"/> Oxígeno i. <input type="checkbox"/> Otra:
30. NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR		
a. <input type="checkbox"/> Cuidados especializados b. <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos c. <input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Otra	
31. TRATAMIENTOS ACTUALES DEL CENTRO DE ENFERMERÍA PARA PROBLEMAS MÉDICOS – Marque todo lo que corresponda		
a. <input type="checkbox"/> Enfermero titulado (RN) o auxiliar de enfermería certificado (CNA)	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
b. <input type="checkbox"/> Respiratorio	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
c. <input type="checkbox"/> Quimioterapia	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
d. <input type="checkbox"/> Radiación	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
e. <input type="checkbox"/> Diálisis	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
a. <input type="checkbox"/> Médico	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	
c. <input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:	

ACCESIBILIDAD FÍSICA

32. DISCAPACIDAD FÍSICA

- a. Ningún problema
- b. Movilidad Describe:
- c. Física Describe:
- d. Audición Describe:
- e. Visión Describe:
- f. Varias discapacidades Describe:
- g. Discapacidad específica Describe:

33. NECESIDADES FÍSICAS – INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda

- a. No ha podido mudarse a un entorno independiente desde el centro de enfermería o ICF-I/DD debido a los siguientes problemas de cuidado personal:
- Imposibilidad de familiares o amigos de ofrecer cuidado personal
 - Escasez de buenos acompañantes
 - Costo de pagarles a los acompañantes
 - Carencia de servicios médicos, de enfermería o de terapia Describe:
 - Necesidad de hacer modificaciones en el hogar
 - Necesidad de ayudas de adaptación o dispositivos de movilidad
 - Otro:
- b. Problemas de ayuda para el cuidado personal que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad:
- Necesidad de servicios para ayudar a mantener la residencia
 - Preocupación por la seguridad por parte de familiares o amigos
 - Otro:

34. Modificaciones en el hogar

- a. Puertas ampliadas
- b. Entrada sin escalones
- c. Sin escaleras
- d. Rampa de entrada
- e. Apartamento en el primer piso
- f. Barandillas para baños
- g. Ducha con accesibilidad para silla de ruedas
- h. Abrepuertas automático
- i. Cocina accesible para silla de ruedas
- j. Rampa en la acera
- k. Sistema de control ambiental
- l. Silla elevadora
- m. Otro:
- n. Otro:

35. REQUISITOS DE AYUDA PARA EL CUIDADO PERSONAL

- a. Transferencia a la cama o silla de ruedas
- b. Caminar o usar la silla de ruedas, el bastón u otro dispositivo de movilidad
- c. Compra de suministros
- d. Limpieza doméstica
- e. Cocinar o comer
- f. Inodoro
- g. Preparación de los medicamentos
- h. Control de medicamentos
- i. Vestirse
- j. Bañarse, higiene personal
- k. Otro:
- l. Otro:

36. NECESIDADES DE EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS Y TECNOLOGÍA DE APOYO

- a. Aparatos para la movilidad
- b. Silla para la ducha
- c. Bastón, andador, muletas
- d. Equipo de transferencia
- e. Cama totalmente automática
- f. Suministros para administración intravenosa
- g. Anteojos
- h. TTY
- i. Elevador de Hoyer:
- Bb. Oxígeno
- j. Silla de ruedas manual
- k. Banco para la ducha
- l. Línea de vida
- m. Silla elevadora
- n. Cama semiautomática
- o. Sonda de alimentación
- p. Lentes de contacto
- q. Teléfono modificado
- r. Equipo de transferencia:
- Cc. Recordatorio de medicamentos
- s. Silla de ruedas eléctrica
- t. Dispositivo ortopédico o prótesis
- u. Computadora
- v. Cama normal
- w. Colchón terapéutico
- x. Utensilios modificados
- y. Audífono(s)
- z. Timbre de puerta
- Aa. Nebulizador
- Dd. Otra

37. TRATAMIENTOS DEL CENTRO DE ENFERMERÍA ACTUALES PARA discapacidades físicas – Marque todo lo que corresponda

a. <input type="checkbox"/> Habla	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
b. <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:
c. <input type="checkbox"/> Física	1. <input type="checkbox"/> En curso; cuántas sesiones: <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes 2. <input type="checkbox"/> Por un plazo limitado; cuántas sesiones más: 3. <input type="checkbox"/> Se requiere tratamiento adicional antes de la transición, describa:

VIVIENDA Y CONFIGURACIÓN DEL HOGAR

38. PREFERENCIA DE ALOJAMIENTO

a. <input type="checkbox"/> Solo	e. <input type="checkbox"/> Con un coarrendatario desconocido	i. <input type="checkbox"/> Regreso a residencia anterior
b. <input type="checkbox"/> Con familia	f. <input type="checkbox"/> Vida asistida	j. <input type="checkbox"/> Ubicación deseada (condado, ciudad)
c. <input type="checkbox"/> Con amigo(s)	g. <input type="checkbox"/> Hogar de anfitrión	k. Condado:
e. <input type="checkbox"/> Con un coarrendatario conocido	h. <input type="checkbox"/> RSS (DD)	l. Ciudad:

39. HOGAR – INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda

a. <input type="checkbox"/> Problemas del hogar que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad:	1. <input type="checkbox"/> Necesidad de servicios para ayudar a mantener la residencia 2. <input type="checkbox"/> Costo del alquiler u otros servicios 3. <input type="checkbox"/> Necesidad de hacer modificaciones en el hogar 4. <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las reglas del alquiler 5. <input type="checkbox"/> Dificultad con los coarrendatarios 6. <input type="checkbox"/> Otro:
--	--

40. FINANZAS, GASTOS DE REALOJAMIENTO ANTICIPADOS

a. HUD Sección 8/vales para viviendas	1. <input type="checkbox"/> Tiene	2. <input type="checkbox"/> Necesita
b. Primer mes de alquiler	1. <input type="checkbox"/> Tiene	2. <input type="checkbox"/> Necesita
c. Pago de servicios públicos	1. <input type="checkbox"/> Tiene	2. <input type="checkbox"/> Necesita
d. Depósito de alquiler	1. <input type="checkbox"/> Tiene	2. <input type="checkbox"/> Necesita
e. Ayuda para el alquiler	1. <input type="checkbox"/> Tiene	2. <input type="checkbox"/> Necesita

41. HOGAR – PREPARACIÓN DE OBJETOS– Marque todo lo que corresponda

a. <input type="checkbox"/> Muebles	d. <input type="checkbox"/> Alimentos	g. <input type="checkbox"/> Ropa
b. <input type="checkbox"/> Cama	e. <input type="checkbox"/> Artículos del hogar	h. <input type="checkbox"/> Otro:
c. <input type="checkbox"/> Ropa blanca	f. <input type="checkbox"/> Artículos de tocador	i. <input type="checkbox"/> Otro:

TRANSPORTE

42. REQUISITOS O PREFERENCIAS DE TRANSPORTE:

- | | | |
|--|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> Ruta de autobús establecidas | d. <input type="checkbox"/> Elegibilidad para paratransito/respuesta a demanda | g. <input type="checkbox"/> Taxi |
| b. <input type="checkbox"/> Vehículo personal | e. <input type="checkbox"/> Transporte no médico al programa diurno | h. <input type="checkbox"/> Transporte médico |
| c. <input type="checkbox"/> Familia o amigos | f. <input type="checkbox"/> Acompañante puerta a puerta | i. <input type="checkbox"/> Otro: |

43. AYUDA NECESARIA PARA EL TRANSPORTE

- | | | |
|--|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> Capacitación sobre viajes | e. <input type="checkbox"/> Información de orientación y movilidad | h. <input type="checkbox"/> Acompañante |
| b. <input type="checkbox"/> Planificación del paratransito | f. <input type="checkbox"/> Transporte no médico | i. <input type="checkbox"/> Transporte médico |
| c. <input type="checkbox"/> Transferencia de vehículos | g. <input type="checkbox"/> Capacitación sobre rutas de autobús establecidas | j. <input type="checkbox"/> Otro: |
| d. <input type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad para el uso de paratransito/respuesta de demanda | | |

44. TRANSPORTE - INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda

- | | |
|--|--|
| a. <input type="checkbox"/> Problemas de transporte que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad: | 1. <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la residencia en la comunidad |
| | 2. <input type="checkbox"/> Necesidad de transporte adecuado |
| | 3. <input type="checkbox"/> Otro: |
| b. <input type="checkbox"/> No ha podido mudarse a un entorno independiente desde el centro de enfermería o ICF-I/DD por los siguientes problemas de transporte: | 1. <input type="checkbox"/> Necesidad de transporte adecuado |
| | 2. <input type="checkbox"/> Otro: |
| | 3. <input type="checkbox"/> Otro: |

CAPACITACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA LA VIDA COTIDIANA

45. CAPACITACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA LA VIDA COTIDIANA

- | | | |
|---|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> Ayuda para evitar el riesgo de recaída en el consumo de sustancias adictivas | j. <input type="checkbox"/> Adaptarse a vivir solo | s. <input type="checkbox"/> Limpieza doméstica |
| b. <input type="checkbox"/> Habilidades de organización | k. <input type="checkbox"/> Pedir/recoger recetas | t. <input type="checkbox"/> Cuidado/higiene personal |
| c. <input type="checkbox"/> Acceso a recursos/asistencia para solicitudes del SSI/SSDI, cupones de alimentos LEAP | l. <input type="checkbox"/> Tratamiento de los síntomas de salud conductual | u. <input type="checkbox"/> Compra de víveres/preparación de comidas |
| d. <input type="checkbox"/> Pago de cuentas | m. <input type="checkbox"/> Administración y mantenimiento del hogar | v. <input type="checkbox"/> Problemas de integración familiar |
| e. <input type="checkbox"/> Transferencia de beneficiario antes del alta | n. <input type="checkbox"/> Cumplir con las citas | w. <input type="checkbox"/> Establecer y cumplir con los planes de emergencia |
| f. <input type="checkbox"/> Capacitación sobre viajes | o. <input type="checkbox"/> Presupuestación/cuentas bancarias | x. <input type="checkbox"/> Integración con el vecindario y la comunidad |
| g. <input type="checkbox"/> Determinación de elegibilidad para el transporte médico | p. <input type="checkbox"/> Proceso de solicitud del Seguro Social | y. <input type="checkbox"/> Construir una red de apoyo social, incluida una comunidad fundamentada en la fe |
| h. <input type="checkbox"/> Capacitación para el lavado de ropa | q. <input type="checkbox"/> Planificación del paratransito | z. <input type="checkbox"/> Establecer un plan para recibir el cheque de Seguro Social |
| i. <input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos/cumplimiento | r. <input type="checkbox"/> Transferencia de vehículos | Aa <input type="checkbox"/> Desarrollar e implementar metas de preferencia social/de actividades |
| Bb. Otro: | | |

46. CAPACITACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA LA VIDA COTIDIANA – INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda

- a. Problemas para vivir de modo independiente que afecten negativamente la posibilidad de residir en la comunidad
- 1. Necesidad de servicios para ayudar a mantener la residencia
- 2. Necesidad de servicios para ayudar con la administración del dinero o la toma de decisiones
- 3. Preocupación por la seguridad por parte de familiares o amigos
- 4. Otro:

EMPLEO

47. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

- a. Retirado
- b. Desempleado
- c. Asiste a talleres de trabajo protegidos
- d. Interesado en asistir a actividades diarias prevocacionales o programas de actividades de trabajo
- e. Interesado en conseguir o cambiar de trabajo
- f. No interesado en conseguir ni cambiar de trabajo
- g. Asiste a actividades diarias prevocacionales o programas de actividades de trabajo
- h. Empleado a tiempo completo
- i. Trabaja desde el hogar
- j. Otro:

48. NECESIDAD DE AYUDA PARA TRABAJAR

- a. Independiente (con dispositivos, si usa)
- b. Necesita ayuda semanalmente o menos (por ejemplo, si surge un problema)
- c. Necesita ayuda todos los días (pero no necesita la presencia continua de otra persona)
- d. Necesita la presencia continua de otra persona
- e. Rehabilitación vocacional
- f. Otro:

FINANZAS

49. FINANZAS, DEUDAS IMPAGAS O ACTUALES

- a. Propietario \$__
- b. Apoyo infantil \$__
- c. Otro \$__
- d. Autoridad de la vivienda \$__
- e. Hipoteca \$__
- f. Otro \$__
- g. Cuentas de servicios públicos \$__
- h. Tarjetas de crédito \$__
- i. Otro \$__

50. FINANZAS - INFORMACIÓN ADICIONAL – Marque todo lo que corresponda

- | | |
|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> Problemas de finanzas que afectan negativamente la posibilidad de residir en la comunidad: | 1 <input type="checkbox"/> Costo de pagar a los acompañantes; costo estimado: \$
2 <input type="checkbox"/> Costo del alquiler u otras cuentas; costo estimado: \$
3 <input type="checkbox"/> No puede preparar el presupuesto
4 <input type="checkbox"/> Otro: |
| b. <input type="checkbox"/> No ha podido mudarse a un entorno independiente desde el centro de enfermería o ICF-I/DD por los siguientes problemas financieros: | 5 <input type="checkbox"/> Costo de pagarles a los acompañantes
6 <input type="checkbox"/> Costo de los servicios médicos, de enfermería o de terapia
7 <input type="checkbox"/> Costo de alquiler u otras cuentas
8 <input type="checkbox"/> Cuentas anteriores impagas
9 <input type="checkbox"/> Otro: |