Adult Foster Care of the North Shore Nombre del miembro: _____ Mes/Año: _____

	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
Actividades de la vida diaria (ADL) códigos de uso: 0-Independiente (no necesita ayuda), 1-Preparar, 2-Supervisión, 3-Asistencia Física, 4-Dependiente, 8-La actividad no ocurrió																															
	Supervisión y/o Asistencia durante toda la tarea																														
Colocar en la cama o silla																															
Transferencia																															
Locomoción / ambulación casa																															
Locomoción / ambulación fuera																															
Vestir parte superior del cuerpo																															
Vestir parte inferior del cuerpo																															
Comida																															
Baños																															
Higiene																															
ir al baño																															
Cuidado de la incontinencia	Registrar la cantidad de veces programada para ir al baño o cuidado de la incontinencia proporcionado.																														
	Para el cuidado de catéter registre "C", para el cuidado de colostomía registre "CL"																														
Intestinal																															
Vejiga																															
Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) Códigos de uso: 0-Independiente, 1-guía/supervisión, 2-Un poco de ayuda, 3-Completado por otros, 8-La actividad no ocurrió																															
Preparación de la comida																															
Tareas domésticas ordinarias																															
Administrar las finanzas																															
Manejo de medicamentos																															
Uso del teléfono																															
Compras																															
Transporte																															
Otros servicios Verificar todo lo que ocurrió																															
Centro Diurno de Salud para Adultos																															
Ubicación alternativa																															
Enfermera visitante																															
Visita al médico																															
Hospitalizado																															
Visita a la sala de emergencia																															
Habilitación diurna																															
Otro																															
Visita de AFC																															
Iniciales del Cuidador																															
Al firmar este documento, certifico bajo penas y pena de perjurio que he recibido Servicios de Cuidado Sustituto para Adultos (AFC) de Mass Health																															
durante el tiempo descrito en este registro y no estoy inscrito en PCA o cuidado de crianza en grupo para adultos (Group Adult Foster Care).																															
RN Signature_____ Review Date_____ CM Signature_____ Review Date_____ Level_____																															
	Cuidador Principal (Inicial/Firma):_____																														
	Cuidador Alternativo (Inicial/Firma):_____																														
	Cuidador Alternativo (Inicial/Firma):_____																														

Adult Foster Care of the North Shore Nombre del miembro: _____ Mes/Año: _____

Notas diarias: tenga en cuenta cualquier actividad considerada fuera de lo común. Por favor marque e inicialice cada nota. Si es necesario, utilice más papel.

Comportamiento	**Intervención**	**Resultado**
1 - Vagar/Errante	**1 - 1:1**	**1 - Ningún cambio**
2 - Comportamiento verbalmente abusivo	**2 - Bocadillo**	**2 - Mejorado**
3 - Comportamiento físicamente abusivo	**3 - 1:1 Redirección**	**3 - Empeorado**
4 - Comportamiento social inadecuado	**4 - Actividad de desviación (por plan de cuidado)**	
5 - Resiste el cuidado	**5 - Otro (por plan del cuidado)**	
6 - Otro _____	_____	
7 - Otro _____	**6 - Otro** _____	

	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
Comportamiento	**documento # veces/dia**																														
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
Intervención																															
Redirigido fácilmente Códigos de uso: 0- No, 1 - Sí																															
Intervención																															
Resultado																															
Cuidador																															
	Cuidador Principal (Inicial/Firma): _____																														
	Cuidador Alternativo (Inicial/Firma): _____																														
	Cuidador Alternativo (Inicial/Firma): _____																														
																									Notas de Comportamiento						
																									Revisado 10/18/18						

Ayudante del hogar (Initiales/Firma): _____ Ayudante del hogar suplente (Initiales/Firma): _____ Ayudante hogar suplente (Initiales/Firma): _____