

# Evaluación de riesgos para un apoyo remoto



NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## Guía para realizar una evaluación de riesgos exitosa

- El participante debe ser un miembro activo del equipo y proveer su opinión tanto como sea posible. El personal de apoyo directo, supervisores, amigos, familiares y otros que conocen mejor al participante deberían incluirse en el equipo. Es importante buscar una mayor variedad de perspectivas posibles.
- El representante legalmente autorizado debería ser un miembro activo del equipo y proveer su opinión tanto como sea posible.
- Los miembros del equipo deberían hacer su tarea de revisar las preguntas antes de la reunión y estar preparados para discutir los problemas, incidentes anteriores y posibles soluciones.
- La identificación de problemas o posibles barreras no deberían impedir que el participante reciba un apoyo remoto. La discusión debería enfocarse en cómo pueden abordarse los problemas a través de las opciones de tecnología y el apoyo remoto.
- Los riesgos identificados deberían justificarse en el plan de cuidados individualizado. Las opciones de tecnología y el entrenamiento identificados deberían abordarse en el protocolo de apoyo remoto. Las instrucciones del administrador de casos para actualizar el EMWS pueden encontrarse en los requerimientos de apoyo remoto.
- Refiérase con frecuencia a la respuesta para la pregunta #2.
- En base a los resultados de la evaluación, el equipo debería determinar si el apoyo remoto es apropiado como una opción de apoyo.

Indique la respuesta para cada pregunta, identifique los posibles problemas de salud y seguridad y evalúe la capacidad de la tecnología para abordar estos problemas.

	Por favor marque todas las opciones que correspondan	Si responde que sí, ¿cuándo y con qué frecuencia?	¿Cómo puede asegurarse la salud, bienestar y seguridad del participante si este problema se aborda a través de la tecnología como una alternativa al personal en el sitio?	Comentarios adicionales/Necesidades de entrenamiento identificadas
1.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

	personal en el sitio las 24 horas del día?	(Si responde que sí, el apoyo remoto no es una opción.)			
2.	¿El participante y el representante legalmente autorizado (si corresponde) desean obtener un apoyo remoto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  (Si responde que no, el apoyo remoto no es una opción.)		Por favor explique las razones identificadas:	
3.	¿El participante vive con otras personas que podrían ser afectadas por el apoyo remoto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas		Haga una lista de los compañeros de vivienda:  Si se indican problemas con los compañeros de vivienda, ¿qué otras opciones se han explorado?	¿Ya se obtuvo el consentimiento de los compañeros de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	¿Tiene el participante un historial de comportamiento sexual documentado que afecta negativamente a sí mismo u otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
5.	¿El participante se sale o vaga lejos de la vivienda o supervisión de una	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe			

	manera contraria al IPC?	<input type="checkbox"/> Problemas			
6.	¿El participante muestra un comportamiento que representa una amenaza para sí mismo u otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas <input type="checkbox"/> N/A			
7.	¿El participante incurre en atracones de comida, pica u otros comportamientos alimenticios peligrosos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
8.	¿El participante entra en las recámaras de sus compañeros de vivienda sin permiso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas <input type="checkbox"/> N/A			
9.	¿El participante destruye la propiedad o hurga en las pertenencias de otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			

		<input type="checkbox"/> N/A			
10.	¿El participante fuma de una manera peligrosa, no usa el cenicero apropiadamente o no desecha los cerillos o colillas apropiadamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
11.	¿El participante usa los aparatos domésticos de una manera segura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
12.	¿El participante se comporta apropiadamente alrededor de la electricidad, agua, herramientas y situaciones físicas peligrosas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
13.	¿El participante puede responder a los incendios, humo o alarma de monóxido de carbono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			

14.	¿El participante tiene convulsiones o una condición que requiere un tratamiento o monitoreo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
15.	¿El participante requiere una asistencia física, incluyendo cambio de posición y asistencia para usar el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
16.	¿El participante tiene miedo de estar solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
17.	¿Existe un temor razonable de que el participante sea explotado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Problemas			
18.	¿El participante entiende y demuestra la capacidad para cerrar las puertas con llave,	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe			

	responder a la puerta y el teléfono, y no permitir que entren extraños?	<input type="checkbox"/> Problemas			
19.	¿El participante puede recordar y comunicar su dirección y número de teléfono de una manera confiable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
20.	¿El participante sabe cuándo, a quién y cómo llamar para pedir ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
21.	¿El participante puede llamar al 911 o el personal si es necesario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Problemas			
22.	¿El participante navega la comunidad de una manera segura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
23.	¿La ubicación geográfica de la residencia del	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

	participante impide su capacidad para acceder a los servicios de emergencia?				
24.	¿El participante representa una amenaza para sí mismo u otras personas en la presencia de extraños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
25.	¿El participante es receptivo a recibir y puede beneficiarse de un entrenamiento sobre las áreas específicas que podrían resultar en una supervisión reducida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Problemas			
26.	¿El participante necesita una asistencia de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <i>Si responde que sí, anote la asistencia necesaria y cómo se ofrecerá el apoyo necesario.</i> <input type="checkbox"/> No			

27.	¿La tecnología y la conectividad necesarias para facilitar el apoyo remoto (por ejemplo, internet suficiente, servicio celular) están disponibles en esta comunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
28.	¿El participante puede utilizar la tecnología necesaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
29.	¿El participante actualmente usa tecnología (tableta, computadora portátil, teléfono celular, etc.)? Si responde que sí, ¿existen restricciones de derechos sobre su uso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
30.	¿Se han identificado otros problemas de salud que pueden afectar la capacidad del participante para recibir servicios de apoyo remoto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			



31.	¿Se han identificado otros problemas que pueden afectar la capacidad del participante para recibir servicios de apoyo remoto (por ejemplo, abuso de sustancias)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas			
-----	--	--	--	--	--

## Resumen y recomendaciones

## Declaración de consentimiento informado

- Yo entiendo que el apoyo remoto es el uso de tecnología para ayudarme a adquirir y mantener la independencia en mi hogar. Entiendo que el uso de apoyo remoto reducirá la cantidad de tiempo que un miembro del personal está físicamente disponible para ayudarme. Entiendo que hay riesgos y limitaciones para usar el apoyo remoto como una alternativa a la supervisión e intervención del personal en el sitio, y elijo asumir estos riesgos. Entiendo que, para que yo pueda recibir el apoyo remoto, mi equipo debe estar de acuerdo con que este servicio es benéfico para mí. Entiendo que yo puedo elegir suspender el apoyo remoto en cualquier momento, y puedo elegir recibir servicios de vida comunitaria que no incluyen un apoyo remoto.

---

Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Representante legalmente autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Página de firmas del equipo del plan de cuidados para un apoyo remoto

RELACIÓN	NOMBRE	FIRMA	FECHA	DE ACUERDO	NO ESTOY DE ACUERDO
Participante					
Representante legalmente autorizado					
Administrador de casos					
Proveedor de RS					