***Esta plantilla no es un formulario requerido, pero está diseñada para ser utilizada por los administradores de casos cuando el acceso directo a EMWS es limitado.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Trasfondo general** | | |
| ¿Prefiere usar su nombre completo o hay algún apodo que prefiera? |  | |
| ¿Tiene un tutor legal o un poder notarial legal? | No  Sí | Notas: |
| ¿Tiene órdenes médicas relacionadas con el tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés) o alguna otra forma de órdenes anticipadas respecto a los servicios de atención médica? | No  Sí | Notas: |
| ¿Hay alguien más que le gustaría que participara en la planificación de su servicio? | No  Sí | Notas: |
| ¿Hay algún valor cultural, tradicional o personal que le gustaría celebrar o que sus proveedores le apoyen en su observación? | No  Sí | Notas: |
| ¿Tiene alguna preferencia sobre el género de su proveedor de cuidado? | Femenino  Masculino  Sin preferencia | Notas: |
| ¿Hay alguna consideración especial que desee compartir, tales como horarios preferidos para llamadas o citas? | No  Sí | Notas: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familia y hogar** | | |
| ¿Qué entorno describe su situación de vida actual? (marque solo una opción) | Solo  Entorno de congregación  Entorno institucional  Temporal/sin vivienda  Con familia  Con amigos/compañeros de piso | Notas: |
| Si seleccionó un entorno institucional, ¿qué tipo de entorno institucional? | Centro correccional  Hospital (>30 días)  Instituto de Enfermedades Mentales (IMD)  Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID)  Centro de enfermería | Notas: |
| ¿Cuál es la fecha prevista de alta? |  | Notas: |
|  |  |  |
| Si seleccionó un entorno congregacional, ¿qué tipo de entorno congregacional? | Centro de Vida Asistida (ALF)  Internado en Residencia de Ancianos  Hogar grupal  Otro:  Programa de Transición | Notas: |
| ¿Consideraría estable su acuerdo de vivienda? | No  Sí | Notas: |
| ¿Le preocupa su capacidad para pagar la hipoteca o el alquiler u otros gastos del hogar? | No  Sí | Notas: |
| ¿Está recibiendo SNAP, subsidio de vivienda, LIEAP u otra asistencia que no sea una exención? | No  Sí | Notas: |
| ¿Se siente seguro y cómodo en su hogar? | No  Sí | Notas: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vivienda y entorno | | |
| ¿Hay mejoras en el hogar relacionadas con la seguridad (tales como reparación de barandillas, reparación de escalones, superficies antideslizantes) que se necesitan? | No  Sí | Notas: |
| ¿Funcionan todos los electrodomésticos, unidades de calefacción y refrigeración? | No  Sí | Notas: |
| ¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono que funcionen? | ☐ No  ☐ Sí | Notas: |
| ¿Tiene un plan de emergencia y números de contacto fácilmente disponibles? | ☐ No  ☐ Sí | Notas: |
| ¿Puede salir de su hogar fácilmente en caso de emergencia? | ☐ No  ☐ Sí | Notas: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividades comunitarias | | |
| ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? |  | Notas: |
| ¿Siente que tiene suficientes interacciones sociales? | No  Sí | Notas: |
| ¿Tiene acceso a la comunidad con la frecuencia que desea? | No  Sí | Notas: |
| ¿Está satisfecho con su empleo actual, su trabajo de voluntariado o su estado de jubilación? | No  Sí | Notas: |
| ¿Le gustaría participar en más actividades comunitarias, tales como voluntariado, clubes sociales, actividades culturales/artísticas, religiosas, físicas/tiempo libre u otras actividades comunitarias? | No  Sí | Notas: |
| ¿Qué apoyos le gustaría o necesitaría para participar en actividades comunitarias? | Abogacía/supervisión  Asistencia a la movilidad  N/A  Otro:  Asistencia personal (por ejemplo, comidas/uso del baño)  Transporte | Notas: |
| ¿Hay gente en su vida personal que le ayudan con las actividades diarias y las tareas domésticas? | No  Sí | Notas: |
| En caso afirmativo, ¿quién? | Amigo/vecino  Tutor legal/LAR  Otro:  Padre  Hermano  Hijo(a)  Cónyuge/pareja | Notas: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apoyos sobre la toma de decisiones | | |
| ¿Se siente cómodo tomando decisiones sobre lo que desea y explicando sus decisiones a los demás? | No  Sí | Notas: |
| ¿Sabe qué medicamento(s) tomar todos los días y cuándo? ¿Se acuerda de tomar su medicamento todos los días? | No  Con ayuda  Sí | Notas: |
| ¿Puede administrar su dinero y pagar sus facturas? | No  Con ayuda  Sí | Notas: |
| Si no es así, ¿hay alguien que pueda ayudarle? | No  Sí | Notas: |
| ¿Se siente cómodo hablando con alguien si un proveedor de cuidado lo está tratando mal? ¿Con quién hablaría al respecto? | No  Con ayuda  Sí | Notas: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Salud y bienestar | | |
| ¿Participa en alguna actividad de bienestar, tales como caminatas, estiramientos u otros ejercicios? | No  Sí | Notas: |
| ¿Tiene alergias alimentarias o restricciones dietéticas? | No  Sí | Notas: |
| Durante los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más? | Nunca  Frecuentemente  A veces | Notas: |
| ¿Cómo llega a sus citas programadas regularmente? | Conduciendo  Otro:  Transporte público (autobús)  Con familiares/amigos  Taxi/compartiendo viaje (Uber, Lyft)  Caminando | Notas: |
| ¿Necesita ayuda de transporte para citas no médicas o eventos comunitarios? | No  Sí | Notas: |

|  |  |
| --- | --- |
| Metas | |
| ¿En qué le gustaría enfocarse durante los servicios de exención? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Observaciones del administrador de casos | | |
| ¿El participante demuestra capacidad de garantizar su propia seguridad sin apoyo? | No  Sí | Notas: |
| ¿El participante demuestra capacidad de tomar decisiones sobre su hogar y sus amigos sin apoyo? | No  Sí | Notas: |
| ¿El participante corre el riesgo de quedarse sin vivienda o servicios públicos esenciales? | No  Sí | Notas: |
| ¿Hay algún servicio que pueda ayudar a este participante a mantener su hogar? | No  Sí | Notas: |
| Notas del administrador de casos: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Resultados de la evaluación funcional | |
| Resultados de la evaluación funcional |  |
| ¿Cómo es un día típico para usted? |  |