***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[x] 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[x] 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? |       |