

DAY <i>(Día)</i>	S <i>(D)</i>	M <i>(L)</i>	T <i>(M)</i>	W <i>(M)</i>	T <i>(J)</i>	F <i>(V)</i>	S <i>(S)</i>	CAREGIVER NAME/ Nombre de HHA:													
DATE <i>Fecha</i>								PATIENT NAME/ Nombre del paciente:													
TIME IN <i>Llegada</i>								PATIENT ADDRESS / Direccion del paciente:													
TIME OUT <i>Salida</i>																					
TOTAL HOURS <i>Horas</i>								IN CASE OF EMERGENCY, CALL 911 THEN CALL LINK OFFICE <i>En caso de una emergencia llame al 911 y llame a la oficina de LINK</i>													
*CHECK "✓" ALL COMPLETED TASKS AS ASSIGNED BY NURSE ON POC *WRITE "R" IN CHECKBOX IF PATIENT REFUSED A TASK *WRITE "N/A" IN CHECKBOX IF TASK IS NOT DUE DURING SHIFT								*Marque "✓" a todas las tareas asignadas por la enfermera en POC *Escriba "R" en la caja de verificación si el paciente se nego a una tarea *Escriba "N/A" en la caja de verificación si la tarea no se hace durante el cambio													
PERSONAL CARE <i>Cuidado personal</i>			S	M	T	W	T	F	S	TREATMENTS/SPECIAL NEEDS <i>Tratamientos / necesidades especiales</i>			S	M	T	W	T	F	S		
BATH <i>Bano</i>	100 TUB <i>Tina</i>									400 TAKE TEMPERATURE <i>Tomar temperatura</i>											
	101 SHOWER <i>Ducha</i>									401 TAKE PULSE <i>Tomar el pulso</i>											
	102 SPONGE/BED <i>Esponja/cama</i>									402 TAKE BLOOD PRESSURE <i>Tomar la presión arterial</i>											
104 MOUTH/DENTURE CARE <i>cuidado de la boca/dentura</i>										403 WEIGH PATIENT <i>Pesar al paciente</i>											
HAIR CARE	105 COMB HAIR <i>Peine</i>									404 TAKE RESPIRATIONS <i>Tomar la respiración</i>											
	106 SHAMPOO <i>Lavado</i>									405 RECORD OUTPUT (urine/BM) <i>Registro de producción urinaria (orina/BM)</i>											
GROOMING <i>Aseos</i>	107 SHAVE <i>Afeitado</i>									406 ASSIST CATHETER CARE <i>Asistir con el cuidado del cateter</i>											
	108 NAILS (FILE ONLY) <i>Limar unas</i>									407 EMPTY FOLEY BAG <i>Vaciar bolsa de foley</i>											
109 DRESSING <i>Vestir</i>										408 ASSIST WITH OSTOMY CARE <i>Asistir con el cuidado ostomia</i>											
110 SKIN CARE <i>Cuidado de la piel</i>										409 REMIND TO TAKE MEDICATION <i>Recordarle tomar los medicamentos</i>											
111 FOOT CARE <i>Cuidado de los pies</i>										410 ASSIST WITH TREATMENT <i>Asistir con tratamientos</i>											
TOILETING 112 Diaper 113 Commode 114 Bedpan/Urinal 115 Toilet <i>Aseos: <input type="checkbox"/> 112 Pañales <input type="checkbox"/> 113 inodoro portátil <input type="checkbox"/></i> <i>114 Bacinilla <input type="checkbox"/> 115 Inodoro</i>										PATIENT SUPPORT ACTIVITIES / Actividades de apoyo al paciente											
										500 CHANGE BED LINEN <i>Cambiar sábanas</i>											
NUTRITION / Nutricion										501 PATIENT'S LAUNDRY <i>Lavarle la ropa al paciente</i>											
200 PRESCRIBED DIET <i>Dieta</i>										502 LIGHT HOUSEKEEPING (room, kitchen, bathroom) <i>Limpieza liviana</i> <i>(habitacion del paciente, cocina, Bano)</i>											
PREPARE: <input type="checkbox"/> 201 Breakfast <input type="checkbox"/> 202 Lunch <input type="checkbox"/> 203 Dinner <input type="checkbox"/> 204 Snack <i>Preparar: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> 202 almuerzo</i> <i><input type="checkbox"/> 203 Cena <input type="checkbox"/> 204 Bocadoillos</i>										503 CLEAN CARE EQUIPMENT <i>Limpiar equipos de cuidado del paciente</i>											
205 ASSIST WITH FEEDING <i>Asistir con la alimentación</i>										504 PATIENT SHOPPING & ERRANDS <i>Ayudar con las compras y mandados</i>											
RECORD INTAKE: <input type="checkbox"/> 206 Food <input type="checkbox"/> 207 Fluid <i>Registro de ingestión: <input type="checkbox"/> 206 Comida <input type="checkbox"/> 207 Fluido</i>										505 ACCOMPANY TO MEDICAL APPT <i>Acompañar a las citas medicas</i>											
ACTIVITY / Actividad										506 DIVERSIONAL ACTIVITIES (Talk, read) <i>Actividades de diversion (conversaciones, leer)</i>											
300 TRANSFERRING <i>Transferir</i>										507 SAFETY CHECKS <i>Monitorear seguridad del paciente</i>											
301 ASSIST WITH WALKING <i>Asistir al caminar</i>										305 TURN & REPOSITION EVERY 2 HRS <i>Giro y posicionamiento cada 2 horas</i>											
302 WALKS W/ DEVICE (cane, walker, w/c) <i>Camina con dispositivo (baston, andador)</i>										PATIENT UNABLE TO SIGN (per nurse) <i>Paciente no puede firmar (por enfermera)</i>											
303 ASSIST HOME EXERCISE PROGRAM <i>Asistir con el program de ejercicio en casa</i>										I certify that I have been oriented to this patient's plan of care. I have reviewed the Aide care plan for any changes or updates and that this client received services checked above. Certifico que me he orientado al plan de atención de este paciente. Revise el plan de atención de HHA en bucsca de cambios o actualizaciones y que este cliente recibo los servicios marcados anteriormente.											
304 ASSIST WITH ROM EXERCISE <i>Asistir con rango de moviento de ejercicio</i>																					
PATIENT/REPRESENTATIVE			HOME HEALTH AIDE						PATIENT/REPRESENTATIVE			HOME HEALTH AIDE									
S (D)								T (J)													
M (L)								F (V)													
T (M)								S (S)													
W (M)								COMMENT/Comentario:													