

## PLANILLA DE ASISTENCIA DEL ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

NOMBRE DEL CLIENTE (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)
---	---

Para la semana del: **domingo** / MM / DD / AA / al **sábado** / MM / DD / AA

FECHAS DE SERVICIO (DD/MM)	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO DE ENTRADA <small>(marque con un círculo a. m./p. m.)</small>	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.
HORARIO DE SALIDA <small>(marque con un círculo a. m./p. m.)</small>	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.	A. M. P. M.
TOTAL DE HORAS DIARIAS							

### TOTAL DE HORAS SEMANALES

Instrucción: los cuidados brindados deben documentarse con las iniciales del personal. R = rechazado (documento a continuación)

		Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>BAÑO</b>	baño o ducha							
	baño de esponja o en la cama							
	lavado del cabello							
	afeitado							
	higiene dental o cuidado de la dentadura							
	vestirse							
<b>VEJIGA O INTESTINOS</b>	cuidado del catéter							
	inodoro o retrete							
	cuña u orinal							
	ropa interior o toallas femeninas							
	incontinente							
	cuidado de zona perineal							
<b>AMBULACIÓN</b>	distancia							
	frecuencia							
	ayuda con transferencias							
	uso del cinturón de transferencia							
	paciente postrado							
	capacidad para soportar su peso: total o parcial							
	bastón o muletas							
	andador o silla de ruedas							
<b>RANGO DE MOVIMIENTO</b>	RANGO DE MOVIMIENTO PASIVO, S, I							
	RANGO DE MOVIMIENTO ACTIVO, S, I							
	aplicar prótesis en extremidades							
	aparatos							
	calcetas de compresión o vendas elásticas							
<b>PIEL Y SENSORIAL</b>	aplicación de loción para la piel							
	cuidado de uñas							
	voltear y cambiar de posición							
	remojo de pies							
	cambio de apósito de clorhexidina no estéril							
	anteojos o lentes de contacto							
	audifono: I D							
<b>COMIDAS</b>	restringir o aumentar los líquidos							
	alimentar al cliente							
	preparación de comidas: desayuno, almuerzo, cena, refrigerio							
	suplemento administrado							
	peso							
<b>TAREAS DOMÉSTICAS</b>	aspirar							
	lavandería							
	cocina, vajilla							
	cuarto/s de baño							
	vaciar residuos							
	hacer la cama, cambiar sábanas							
<b>OTROS</b>								

**COMENTARIOS:** (los cambios en el estado del cliente deben documentarse e informarse al supervisor de enfermería). \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA	FIRMA DEL ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	FECHA
-------------------	-------	--	-------

**NOTA:** TODAS LAS PLANILLAS DE ASISTENCIA DEBEN RECIBIRSE CADA LUNES ANTES DE LAS 10 A. M. DESPUÉS DE LA SEMANA TRABAJADA. LLAME DESPUÉS DE ENVIAR SUS PLANILLAS PARA ASEGURARSE DE QUE SE HAYAN RECIBIDO.  
 WWW.MORAVIAHEALTH.COM

Solo para uso administrativo: coloque su inicial y firme

ADMIN.	SUP. DE A. A. D.	SUP. DE ENF.