

EVALUACIÓN/PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS

NOMBRE DEL CLIENTE/RESIDENTE		FECH. DE NAC.	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN			TIPO DE PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS: <input type="checkbox"/> ADMISIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	
PERSONA(S) U OFICINA(S) QUE REMITE(N) AL CLIENTE/RESIDENTE PARA SU COLOCACIÓN		NÚMERO DE LICENCIA DEL ESTABLECIMIENTO		NÚM. DE TELÉFONO ()	

Los ordenamientos de licenciamiento requieren que se complete una evaluación de las necesidades de, o un plan de necesidades y servicios para, clientes/residentes con el fin de identificar sus necesidades específicas o para desarrollar un plan de servicios para satisfacer sus necesidades. Para los centros para el cuidado de personas con enfermedades crónicas, los reglamentos de licenciamiento requieren que se complete un plan de servicios personalizado para cada residente a fin de documentar sus necesidades y servicios.

NOTE: Para los establecimientos para el cuidado de ancianos, se puede completar este formulario para ayudar a desarrollar un plan de acción para tratar las necesidades de servicio aún no satisfechas de los residentes en conformidad con la [sección 87457\(c\)\(2\) del título 22 del California Code of Regulations \(Código de Ordenamientos de California\) \(solo disponible en inglés\)](#).

Como cortesía se proporciona este formulario a las personas con licencia.

INFORMACIÓN SOBRE ANTECEDENTES:

Una descripción breve del historial médico del cliente; cualquier problema emocional, físico o de comportamiento; sus limitaciones funcionales, físicas o mentales; su capacidad funcional; su capacidad para manejar sus recursos económicos y llevar a cabo tareas domésticas sencillas; y lo que le gusta / lo que no le gusta.

NECESIDADES	OBJETIVO/PLAN	PERÍODO DE TIEMPO	PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DE LA IMPLEMENTACIÓN	MÉTODO PARA EVALUAR EL PROGRESO
DE SOCIALIZACIÓN — Dificultad para adaptarse socialmente o para mantener relaciones personales razonables				
EMOCIONALES — Dificultad para adaptarse emocionalmente				

NECESIDADES	OBJETIVO/PLAN	PERÍODO DE TIEMPO	PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DE LA IMPLEMENTACIÓN	MÉTODO PARA EVALUAR EL PROGRESO
MENTALES — Dificultad con el funcionamiento intelectual, incluyendo la incapacidad para tomar decisiones sobre la vida diaria				
FÍSICAS / DE SALUD — Dificultad en el desarrollo físico y malos hábitos en relación a las funciones corporales.				

NECESIDADES	OBJETIVO/PLAN	PERÍODO DE TIEMPO	PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DE LA IMPLEMENTACIÓN	MÉTODO PARA EVALUAR EL PROGRESO
-------------	---------------	-------------------	--	---------------------------------

DE HABILIDADES FUNCIONALES — Dificultad para desarrollar y/o usar habilidades funcionales independientes.

--	--	--	--	--

Nosotros creemos que esta persona es compatible con el programa del establecimiento y con los otros clientes/residentes del establecimiento, y que yo/nosotros puedo/podemos proporcionar el cuidado especificado en el (los) objetivo(s) y plan(es) mencionado(s) anteriormente.
SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTE CLIENTE/RESIDENTE NO NECESITA CUIDADO DE ENFERMERÍA (SKILLED NURSING CARE).

FIRMA DE LA(S) PERSONA(S) CON LICENCIA	FECHA
--	-------

He revisado y estoy de acuerdo con esta evaluación y creo que la(s) persona(s) con licencia / otra(s) persona(s) / otra oficina puede proporcionar los servicios que este cliente/residente necesita.

FIRMA DEL (DE LOS) REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S) DEL CLIENTE/RESIDENTE O EL TRABAJADOR SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO / MÉDICO / OTRO CONSULTOR APROPIADO	FECHA
--	-------

He/Hemos participado en esta evaluación y consiento/consentimos entregarla a la(s) persona(s) con licencia a condición de que se mantenga confidencial.

FIRMA DEL CLIENTE/RESIDENTE O DE SU(S) REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)	FECHA
---	-------