

Plan de Cuidado

"Confidencial: este formulario se debe guardar siempre en una red segura, accesible sólo para el personal financiado por Ryan White."

Nombre del cliente _____

Fecha del plan de cuidado ____ / ____ / ____

Problema/obstáculos principales <i>(marque todo lo que corresponda)</i>			
<input type="checkbox"/> Necesidades básicas <input type="checkbox"/> Falta de alimentos <input type="checkbox"/> Dificultad para acceder a asistencia <input type="checkbox"/> Falta de artículos personales/del hogar <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el trabajo <input type="checkbox"/> Ubicación/apoyo en el hogar <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Falta de transporte personal <input type="checkbox"/> No puede pagar el transporte personal <input type="checkbox"/> Reducción de riesgos <input type="checkbox"/> Conductas de alto riesgo <input type="checkbox"/> No entiende los riesgos <input type="checkbox"/> Situación de VIH no revelada	<input type="checkbox"/> Seguro de salud/cobertura médica <input type="checkbox"/> Falta de seguro/cobertura médica <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad <input type="checkbox"/> Falta de documentos de elegibilidad <input type="checkbox"/> Autosuficiencia <input type="checkbox"/> Quemó las naves <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación <input type="checkbox"/> Dificultad para completar <input type="checkbox"/> Incapaz de llenar sus propios formularios <input type="checkbox"/> Necesita ayuda financiera <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda en peligro <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Conocimiento de la enfermedad VIH <input type="checkbox"/> Desconoce la enfermedad por VIH	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Apoyo social/emocional <input type="checkbox"/> Discriminación <input type="checkbox"/> Quiere recibir ayuda pero no la hay disponible <input type="checkbox"/> No quiere recibir ayuda <input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/> Quiere recibir ayuda pero no la hay disponible <input type="checkbox"/> No quiere recibir ayuda <input type="checkbox"/> Adherencia <input type="checkbox"/> Falta de un horario regular <input type="checkbox"/> Efectos secundarios de los medicamentos <input type="checkbox"/> Duda sobre la efectividad de los medicamentos <input type="checkbox"/> Régimen complejo	<input type="checkbox"/> Necesidades médicas <input type="checkbox"/> Mala salud <input type="checkbox"/> Necesita derivación para atención del VIH <input type="checkbox"/> Necesita tratamiento para una afección que no es el VIH <input type="checkbox"/> Emergencia médica <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Síndrome de debilitamiento <input type="checkbox"/> Problemas de nutrición <input type="checkbox"/> Problemas graves al comer <input type="checkbox"/> Salud oral <input type="checkbox"/> Falta de un dentista regular <input type="checkbox"/> Dolor actual de muelas/encías <input type="checkbox"/> Dificultad para comer/tomar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Responsabilidad de cuidar a otros <input type="checkbox"/> Cuidado/bienestar de niños

Problemas por orden de prioridad/descripciones de los problemas

Tareas/descripción	A cargo de	Fecha prevista	Fecha de resolución/resultado
		/ /	/ / -
		/ /	/ / -
		/ /	/ / -
		/ /	/ / -
		/ /	/ / -

(Opcional) La firma del cliente se puede obtener a criterio del supervisor del caso. La firma del supervisor del caso es obligatoria.

Declaración y acuerdo del cliente: He participado en la creación de este plan para mi cuidado. Entiendo que debo hacerme responsable de MI plan para que éste tenga éxito. El supervisor de mi caso/consejero de salud me ha explicado las partes del plan de las que soy el único responsable y las que él me ayudará a cumplir. Me comprometo a cumplir con todos los aspectos de este plan y a comunicar al supervisor de mi caso/consejero de salud si hay cambios significativos en mi vida que hagan necesario el cambio de este plan. Me mantendré en contacto con el supervisor de mi caso/consejero de salud según lo planificado. El supervisor de mi caso/consejero de salud platicó conmigo sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento de este acuerdo.

Firma del cliente _____

Fecha ____ / ____ / ____

Enfermera supervisora de caso _____

Fecha ____ / ____ / ____