

¿Qué necesito como cuidador familiar?

Usted como cuidador familiar

¿Viven su familiar y usted en la misma casa o departamento? Sí No

En caso negativo, viven en el mismo: Pueblo o vecindario Ciudad Estado País

¿Trabaja usted en uno o más lugares? Sí No

En caso afirmativo, trabaja: Tiempo Completo Medio Tiempo

Si trabaja medio tiempo, ¿cuántas horas por semana? _____

¿Tiene usted hijos menores de 18 años? Sí No

¿Es usted además un cuidador para alguien más con problemas médicos o discapacidades?

Sí No

En caso afirmativo, es cuidador para: Niños Otros adultos

¿Tiene usted algún problema de salud que lo afecte como cuidador? Sí No

En caso afirmativo, estos problemas se deben a: Artritis Asma Problemas de espalda Diabetes

(marque todos los que correspondan)

Otro

¿Lo ayudarán otras personas (como familiares o amigos) a cuidar a su familiar? Sí No

En caso afirmativo, viven en el mismo: Edificio, casa o apartamento Pueblo o vecindario
 Ciudad Estado País

Acerca de ayudar su familiar

Como cuidador, usted puede ser responsable de la ayuda que su familiar necesita en casa. A continuación se ofrece una lista de muchas de las cosas que pueden necesitar hacerse. Para cada punto, señale una de las siguientes opciones: **Soy capaz de ayudar sin entrenamiento, Sería capaz de ayudar con entrenamiento, o No soy capaz de ayudar.** Si su familiar no necesitará ayuda con uno o más de los puntos, omítalo y siga con el resto de la lista.

Qué se debe hacer	Soy capaz de ayudar SIN entrenamiento	Soy capaz de ayudar CON entrenamiento	No soy capaz de ayudar
Bañarse (asearse en la ducha, tina o fregadero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse (vestirse y desvestirse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene personal (como lavar los dientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo personal (como lavarse el cabello y cortarse las uñas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al baño (ir al baño o cambiar pañales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasladarse (como moverse de la cama a una silla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad (incluye caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicación (pedir medicaciones, organizarlos, y dar todas las medicaciones según fueron recetadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar síntomas (como dolores o náuseas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo (como oxígeno, IV o infusión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinar el cuidado del paciente (incluye hablar con médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concertar y cumplir citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir o ayudar con el transporte (como automóvil, autobús o taxi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas del hogar (como ir de compras, cocinar y lavar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocuparse de las finanzas (incluye ir al banco y pagar las cuentas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acerca de los servicios domiciliarios/comunitarios

Si su familiar ha recibido cuidado domiciliario u otros servicios similares anteriormente, converse (hable) acerca de ellos con la enfermera o el administrador del caso. Tal vez, también quiera discutir algunas de las opciones incluidas en la sección de Otros servicios mencionada abajo.

Señale todos los servicios que su familiar ha recibido antes de esta admisión:

Cuidado domiciliario

Si recibió cuidado domiciliario, por favor indique qué agencia ofreció el servicio; si lo cubrió el seguro, y cuánto servicio se le ofreció.

Medicaid

Nombre de la agencia _____

Horas por semana _____

Medicare

Nombre de la agencia _____

Horas por semana _____

Seguro privado

Nombre de la agencia _____

Horas por semana _____

Pago autónomo

Nombre de la agencia _____

Horas por semana _____

Por favor provea la información de contacto de la agencia que ofreció los servicios de cuidado domiciliario.

Otros servicios

Acompañante domiciliario

Comidas preparadas

Sistema de respuesta a emergencias personales

Otro

Asilo de ancianos

Transporte

Asilo de día

Inquietudes

Ser un cuidador familiar es una gran responsabilidad. A veces me preocupa:

(marque todas las opciones que correspondan)

- Mi nivel de estrés y cómo controlarlo
- Cómo conseguir tiempo libre (descansar de ser un cuidador familiar)
- Lo que la enfermedad de mi familiar significa para mí y para otros que se preocupan por él o ella
- Cómo manejar las medicaciones y el cuidado de mi familiar
- Cómo lidiar con el comportamiento (como rehusarse a comer o bañarse) o los sentimientos (como ira, resistencia y resentimiento) de mi familiar
- Si mi familiar está a salvo en casa o qué hacer si deambula
- Dónde vive mi familiar, y si necesita trasladarse (como mudarse a una casa de reposo o a una institución de vida asistida)
- Tomar decisiones por mi familiar sobre el cuidado de su salud (ser el representante para fines de atención médica)
- Cómo hablar sobre lo que está sucediendo con otros familiares o amigos
- Temas legales (como por ejemplo Testamento en vida, Poder legal, y otros actos administrativos)
- Cómo pagar el cuidado
- Qué hacer si mi familiar necesita cuidados terminales

Notas y preguntas

Lugares y personas a los que puedo pedir ayuda

Pídale a la enfermera, al administrador del caso o al asistente social que le sugieran lugares y personas con las que pueda hablar sobre sus preocupaciones.

Lugar

Persona con quien hablar

Número telefónico

Cómo esto puede ayudar

Lugar

Persona con quien hablar

Número telefónico

Cómo esto puede ayudar
