Nombre: _____ Fecha: _____

II. Estado actual

Historia médica y psiquiátrica actual

Describe brevemente los cambios recientes al estado mental o de la salud, hospitalizaciones, caídas, actividad convulsiva, uso de restricciones, etc., durante el último año.

Según la perspectiva de la persona, el representante legalmente autorizado (LAR) o el adulto responsable del cliente (CRA) ¿cuál es la inquietud principal o cuáles son las necesidades más importantes?

Signos vitales

Presión arterial	Pulso Frecuencia _____ Ritmo _____		Respiraciones Frecuencia _____ Ritmo _____
Temperatura	Nivel de dolor	Peso	Estatura

Comentarios:

Evaluación del riesgo de caída

¿Se ha completado una evaluación del riesgo de caída?

- No
- Sí (adjunta). El riesgo de caída se debe a:
 - Sistema neurológico
 - Sistema musculo esquelético
 - No se sabe

Comentarios:

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

III. Revisión de sistemas

Neurológico

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Dolor de cabeza.....	☐	☐	Pupilas parejas, reaccionan a luz y acomodación	☐	☐	Temblores	☐	☐
Mareo	☐	☐	Temblores	☐	☐	Reflejo de calor o frío	☐	☐
Coordinación o equilibrio deteriorado	☐	☐	Entumecimiento, hormigueo o parestesia	☐	☐	Síntomas extrapiramidales	☐	☐
Efectos secundarios de los medicamentos	☐	☐	Parálisis	☐	☐			
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Convulsiones	☐	☐	Ausencias típicas	☐	☐	Clónicas (sacudidas repetitivas).....	☐	☐
Frecuencia: _____			Ausencias	☐	☐	Tónicas (rigidez muscular)	☐	☐
Duración: _____			Mioclónicas (sacudidas esporádicas)	☐	☐	Atónicas (pérdida del tono muscular).....	☐	☐
Comentarios:								

Ojos, oídos, nariz, garganta

Ojos y visión ☐ Claros ☐ Rojos ☐ Derecho deteriorado ☐ Izquierdo deteriorado ☐ Ayuda para la adaptación
Oídos y audición ☐ Normal ☐ Zumbido ☐ Derecho deteriorado ☐ Izquierdo deteriorado ☐ Ayuda para la adaptación
Nariz y olfato ☐ Dentro de los límites normales Olfato: ☐ intacto ☐ no intacto ☐ Sangrado nasal ☐ Congestión del seno nasal frecuente ☐ Infección del seno nasal frecuente
Boca ☐ Dentro de los límites normales ☐ Dificultad para masticar ☐ Dolor de la boca ☐ Halitosis ☐ Dentaduras ☐ Desdentado ☐ Movimiento involuntario de la lengua ☐ Sequedad de la boca por medicamentos
Garganta ☐ Dentro de los límites normales ☐ Dolor de garganta ☐ Dificultad para hablar ☐ Dificultad para tragar ☐ Amígdalas inflamadas ☐ Historia de atragantamiento ☐ Glándula tiroides inflamada
Estudio de deglución: ☐ Sí ☐ No Fecha: _____ Resultados: _____
Comentarios:

Cardiovascular

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Edema	☐	☐	Extremidades frías o adormecidas	☐	☐	Llenado capilar menos o igual a 2 segundos.....	☐	☐
Dolor en el pecho.....	☐	☐	Limitación de las actividades de la vida diaria (ADL)	☐	☐	Media de compresión.....	☐	☐
Presión arterial alta o baja..	☐	☐						
Nivel normal: _____								
Comentarios:								

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Digestivo

☐ Gastrostomía ☐ Yeyunostomía ☐ Sin sonda					
Comentarios:					

Respiratorio

Respiración: ☐ Lenta ☐ Normal ☐ Rápida ☐ Superficial ☐ Dolorosa					
Comentarios:					

Musculo esquelético

Comentarios:					

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Genitourinario

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Incontinencia	☐	☐	Dolor de costado.....	☐	☐	Sexualmente activo	☐	☐
De esfuerzo	☐	☐	Historia de infecciones urinarias.....	☐	☐	Problemas de la próstata.....	☐	☐
De urgencia	☐	☐	Nicturia	☐	☐	Ciclo menstrual regular.....	☐	☐
Programa de la vejiga.....	☐	☐	Secreción.....	☐	☐	Fecha del último período menstrual: _____		
Micción frecuente.....	☐	☐	Picazón.....	☐	☐	Menopausia.....	☐	☐
Orina oscura o turbia	☐	☐	Hemodiálisis	☐	☐	Si contesta "Sí", fecha de inicio: _____		
Sangre en la orina	☐	☐	Diálisis peritoneal.....	☐	☐			
Comentarios:								

Tegumentario

Evaluación de la piel: adjunta diferida

Piel: Normal Húmeda Seca Cianótica Caliente Pálida Ictérica Fría Oscura Rojiza

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Herida abierta	☐	☐	Salpullido	☐	☐	Manchada.....	☐	☐
Moretones.....	☐	☐	Diaforética	☐	☐	Poca turgencia de la piel	☐	☐
Deterioro relacionado con ayudas para la adaptación o prótesis	☐	☐	Riesgo de deterioro	☐	☐	Historia de deterioro	☐	☐
Comentarios:								

The diagram shows two line drawings of a human figure. The left drawing is a front view with 'Right' labeled under the right leg and 'Left' under the left leg. The right drawing is a back view with 'Left' labeled under the left leg and 'Right' under the right leg.

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Endocrino

	Sí	No		Sí	No
Disfunción de la glándula tiroides.....	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Antipsicóticos atípicos u otros medicamentos que afectan el nivel de azúcar en la sangre...	☐	☐	Control: ☐ Dieta ☐ Medicamentos por vía oral ☐ Insulina ☐ Otros medicamentos inyectables para controlar la diabetes:	Si contesta "Sí", tipo: _____	
Episodios prediabéticos hipoglucémicos o hiperglucémicos	☐	☐	Niveles deseados de azúcar _____		
Comentarios: _____					

IV. Información adicional sobre el estado de salud

Inmunizaciones: Fecha de última administración

DPT	TOPV	HIB	MMR	TD	TDS	Vacuna contra la gripa
-----	------	-----	-----	----	-----	------------------------

Valoración nutricional

Cómo se recibe la nutrición: ☐ Por vía oral ☐ Por sonda de alimentación si hay residuos: _____	☐ Por sonda de yeyunostomía ☐ Otra
Dieta terapéutica: _____	Consistencia líquida: _____
Textura de los alimentos: _____	Propósito, fecha y persona que la ordenó: _____
Sí	No
Cambio de peso reciente.....	☐
Cambios recientes del apetito o de medicamentos..	☐
Satisfecho con el peso actual	☐
Uso de alimentos como un mecanismo para afrontar situaciones	☐
Aparatos auxiliares para comer.....	☐
Uso de medicamentos que pueden causar dificultad para tragar (por ej., Abilify u otros psicoactivos)	☐
Conocimiento de los cuatro grupos básicos de alimentos	☐
Acceso a una dieta saludable y apropiada.....	☐
Deficiencias dietéticas	☐
Consumo de líquido adecuado.....	☐
Complementos alimenticios.....	☐
Interacciones con medicamentos y alimentos	☐

Aumentó Perdió _____ libras durante _____
 Margen de peso deseado: _____
 Número de comidas y bocadillos por día: _____
 Comentarios: _____

Patrones de sueño

Número promedio de horas por noche; dificultad para dormirse; número de veces que se despierta en la noche; número de siestas durante el día: _____

Nivel de actividad o ejercicio

Uso o abuso de sustancias

Caféina, tabaco, alcohol, drogas recreativas, historia de incumplimiento con los medicamentos recetados: _____

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Estado mental

Apariencia

Postura: Normal Rígida Encorvada Otra: _____

Aseo personal y ropa: Apropriados Inadecuados Despeinado Pulcro

Expresión Facial: Tranquila Alerta Estresada Confundida Tensa Aturdida Otra: _____

Contacto visual: Ojos cerrados Buen contacto Evita el contacto Mira fijamente

Calidad del habla: Clara Lenta Arrastra las palabras Muy fuerte Rápida Incoherente Muda

Estado de ánimo

☐ Cooperativo	☐ No cooperativo	☐ Deprimido	☐ Eufórico
☐ Emocionado	☐ Inquieto	☐ Ansioso	☐ Sospechoso
☐ Irritable	☐ Asustado	☐ Hostil	☐ Enojado

Otro, describa: _____

Cognición

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Trastorno cognoscitivo			Orientación			Capacidad de atención		
Leve.....	☐	☐	Persona.....	☐	☐	Se distrae fácilmente.....	☐	☐
Moderado.....	☐	☐	Lugar.....	☐	☐			
Grave.....	☐	☐	Hora.....	☐	☐			
Profundo.....	☐	☐						

Memoria

Remota.....	☐	☐
Reciente.....	☐	☐
Memoria inmediata.....	☐	☐

Emociones

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Eufórica.....	☐	☐	Deprimida.....	☐	☐	Sentimientos hostiles.....	☐	☐
Contenta.....	☐	☐	Ansiosa.....	☐	☐	Inestabilidad emocional.....	☐	☐
Apática.....	☐	☐	Irritable.....	☐	☐	Reacción inapropiada.....	☐	☐
Triste.....	☐	☐						

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Pensamientos

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Delirios.....	☐	☐	Alucinaciones.....	☐	☐	Proceso de pensamiento.....	☐	☐	Contenido de los pensamientos	☐	☐
<u>Si contesta "Sí":</u>		<u>Si contesta "Sí":</u>		<u>Si contesta "Sí":</u>		<u>Si contesta "Sí":</u>					
Grandeza.....	☐	☐	Visuales	☐	☐	Coherente y organizado	☐	☐	Fobias.....	☐	☐
Persecutorios.....	☐	☐	Auditivas	☐	☐	Lógico.....	☐	☐	Hipocondría.....	☐	☐
Somáticos.....	☐	☐	Táctiles	☐	☐				Impulsos antisociales	☐	☐
Otro.....	☐	☐	Olfativas.....	☐	☐				Obsesiones	☐	☐
Comentarios:									Ideas suicidas.....	☐	☐
									Ideas homicidas	☐	☐

Conductas problemáticas

¿Se usan medicamentos para controlar alguna conducta? Sí No
 ¿Tiene actualmente un plan formal para la conducta? Sí No

Use las escalas de frecuencia y gravedad a continuación:

Frecuencia: 1 = menos de uno por mes; 2 = de 1 a 3 por mes; 3 = de 1 a 6 por semana; 4 = de 1 a 10 por día, y 5 = 1 o más por hora.
 Gravedad: 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave, y 4 = crítico.

	Frecuencia	Gravedad	Último incidente
Daño a sí mismo	_____	_____	_____
Daño a los demás	_____	_____	_____
Dstrucción de propiedad	_____	_____	_____
Pica	_____	_____	_____
Resistencia al carro	_____	_____	_____
Conducta socialmente ofensiva o problemática	_____	_____	_____
Conducta sexual inapropiada	_____	_____	_____
Conducta de riesgo, como:			
Deambulación	_____	_____	_____
Fuga	_____	_____	_____
Conducta sexual agresiva	_____	_____	_____
Historia de intento de suicidio	_____	_____	_____
Otras conductas graves	_____	_____	_____
Comentarios:			

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Comunicación

Idioma principal: _____

Indique las maneras que la persona usa frecuentemente para comunicarse:

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Verbal.....	☐	☐	Expresiones faciales.....	☐	☐	Tacto.....	☐	☐
Verbal limitada.....	☐	☐	Movimiento de los ojos.....	☐	☐	Lenguaje corporal.....	☐	☐
Gestos.....	☐	☐	Paralingüística (sonidos).....	☐	☐	Mal comportamiento.....	☐	☐
Lenguaje de señas.....	☐	☐	Aparato de comunicación aumentativa.....	☐	☐	Golpes a la cabeza.....	☐	☐
			Si contesta "Sí", tipo de aparato:			Otros comportamientos (describa):	☐	☐
			_____			_____		

Indique las manera en que se comunica el dolor:

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Verbal.....	☐	☐	Expresiones faciales.....	☐	☐	Tacto.....	☐	☐
Verbal limitada.....	☐	☐	Movimiento de los ojos.....	☐	☐	Lenguaje corporal.....	☐	☐
Gestos.....	☐	☐	Paralingüístico (sonidos).....	☐	☐	Mal comportamiento.....	☐	☐
Lenguaje de señas.....	☐	☐	Aparato de comunicación aumentativa.....	☐	☐	Golpes a la cabeza.....	☐	☐
Habilidad para usar la escala de dolor.....	☐	☐	Si contesta "Sí", tipo de aparato:			Otros comportamientos (describa):	☐	☐
			_____			_____		

Si puede usar una escala de dolor, escriba el nombre de la escala de dolor y el tipo:

Comentarios:

Nombre: _____ Fecha: _____

V. Evaluación de la implementación

Atención médica y la capacidad de tomar decisiones

La revisión anterior de capacidades funcionales, estado físico y cognoscitivo y limitaciones indican los niveles más altos de la habilidad de la persona para tomar decisiones sobre la atención médica.

- Probablemente puede tomar decisiones de nivel superior (por ejemplo, aceptar o rechazar tratamientos de soporte vital que requieren la comprensión de la naturaleza, consecuencias probables, cargas y riesgos del tratamiento propuesto).
- Probablemente puede tomar decisiones limitadas que requieren comprensión básica, puede supervisar su atención médica, incluso las tareas delegadas.
- Probablemente puede expresar que está de acuerdo con decisiones propuestas por otra persona.
- No puede participar eficazmente en la toma de ningún tipo de decisiones sobre la atención médica.

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Sistemas de apoyo: Platique sobre la suficiencia, confiabilidad, disponibilidad y capacidad de comunicarse de manera eficaz.

	Suficiente		Confiable		Disponible		Se comunica eficazmente	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
CRA, padre o madre	☐							
Proveedor del hogar anfitrión o de acompañante (HH/CC)	☐							
Tutor, curador u otro	☐							

Estabilidad y previsibilidad y la necesidad de reevaluar

Tema de salud	¿Es constante y no fluctuante una necesidad a largo plazo?		¿Es posible un cambio de estado o es probable que necesite servicios periódicos de enfermería?		Frecuencia de la reevaluación de la RN
	Sí	No	Sí	No	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	

Conocimientos: Describa los conocimientos o demostraciones de la salud clave.

Tema de salud		Persona			CRA		
		Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
	Muy conocedor	☐					
	Demuestra la técnica	☐					
	Muy conocedor	☐					
	Demuestra la técnica	☐					
	Muy conocedor	☐					
	Demuestra la técnica	☐					
	Muy conocedor	☐					
	Demuestra la técnica	☐					
	Muy conocedor	☐					
	Demuestra la técnica	☐					

Comentarios: _____

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Participantes en la evaluación integral

(Tienen que llenar la sección A, B o C y la sección para enfermeras registradas.)

Opción A: En esta situación, la persona no tiene un tutor, curador o LAR y es capaz de tomar decisiones respecto a la atención médica.

Lo tiene que llenar la persona:

He participado en las decisiones sobre la administración general de mi atención médica [Sección 225.1(a)(2), Capítulo 225, Parte 11, Título 22 del Código Administrativo de Texas], puedo tomar mis propias decisiones, administrar mi propia atención médica y

no administraré actividades de conservación de la salud (HMA) [Sección 225.8(2)(D)(i)],

O

estoy de acuerdo en capacitar al personal de CDS sin licencia en el desempeño de las tareas indicadas en la Forma 1733.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Opción B: En esta situación, la persona no puede tomar decisiones respecto a la atención médica o ha pedido ayuda.

Lo tiene que llenar el CRA o LAR:

He participado en las decisiones sobre la administración general de atención médica. [Sección 225.1(a)(2)]

Participaré solamente en las decisiones, no en la supervisión de la atención. No se realizará ninguna actividad de HMA.

O

Estoy de acuerdo en capacitar al personal de CDS sin licencia en el desempeño adecuado de las tareas identificadas en la Forma 1733, y estaré presente cuando se realiza la tarea o, si no estoy presente, habré observado a la persona sin licencia realizar la tarea y estaré accesible inmediatamente en persona o por teléfono al personal auxiliar en el momento de realizar la tarea. [Sección 225.8(2)(D)(ii)(I-II)]

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Opción C: En esta situación, la persona no puede tomar decisiones sobre la atención médica y no tiene ningún adulto identificado que esté dispuesto y sea capaz de participar en las decisiones sobre la administración general de la atención médica de la persona. [Sección 225.1(a)(2)]

El Comité de Defensa del Proveedor (PAC) actuará como el CRA (forma adjunta).

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Administración segura de medicamentos

Una revisión exhaustiva de capacidades funcionales, estado físico y cognoscitivo, limitaciones y apoyos naturales de esta persona califican la habilidad de la persona para tomar sus propios medicamentos de manera segura y apropiada siguiendo las cinco reglas de administración de medicamentos (persona correcta, medicamento [cuál y por qué], dosis, vía de administración y hora).

Hoja de delegación de la RN Adjunta N/A

Autoadministración de medicamentos. La persona sabe tomar de manera segura cada medicamento (cuál y por qué) y la dosis, vía de administración y hora de cada medicamento. La persona es capaz de autoadministrar los medicamentos de manera segura, independientemente o con la ayuda de un auxiliar que se presta en el tratamiento o régimen de autoadministración de la persona; por ejemplo, recordar a la persona a tomar un medicamento a la hora recetada, abrir y cerrar un frasco de medicamentos, verter una cantidad de líquido predeterminada para beber, devolver un medicamento al lugar correcto de almacenamiento y ayudar a hacer el pedido de medicamentos de una farmacia.

No es necesaria ninguna delegación de la RN. [Sección 225.1(a)(3)]

La administración de medicamentos a una persona por una persona pagada sin licencia para asegurar que los medicamentos se reciben con seguridad. La administración de medicamentos incluye servir una dosis individual o por unidad de un frasco anteriormente dosificado y debidamente etiquetado; verificarla con la orden del medicamento; dar el medicamento correcto y la dosis correcta a la persona correspondiente, a la hora apropiada y por la vía correcta; y registrar con precisión la hora y la dosis administrada. [Sección 225.4(2)]. Marque todos los que apliquen:

El CRA puede supervisar con seguridad, como una HMA. No es necesaria ninguna delegación de la RN. La persona tiene un solo CRA identificado con el conocimiento, la habilidad y la disponibilidad que lo califica para administrar medicamentos orales (por la boca o por medio de una sonda de alimentación permanente) como una HMA exenta de delegación, y es apropiado según el juicio de la RN. Se pueden administrar medicamentos para padecimientos estables y previsibles (no una dosis inicial ni para padecimientos agudos) sin la supervisión de una RN siempre que el CRA esté dispuesto, capaz y acepte por escrito capacitar a la persona sin licencia al menos una vez sobre el desempeño de la tarea para asegurar la competencia, y estará accesible inmediatamente en persona o por telecomunicaciones a la persona sin licencia cuando se realiza la tarea. [Sección 225.4(8), Sección 225.8]

La delegación de la RN es necesaria para asegurar la administración segura de los medicamentos. La RN puede autorizar con seguridad al personal sin licencia para administrar medicamentos para padecimientos estables y previsibles, como se define en la Sección 225.4(11) que no requieren el juicio de una enfermera. La RN tiene que verificar la competencia de cada miembro del personal auxiliar, incluso la capacidad de reconocer e informar a la RN de cambios en el cliente relacionados con la tarea. Se tienen que cumplir todos los criterios de la Sección 225.9, así como las seis reglas de delegación (la tarea correcta, la persona a quien corresponde la delegación, las circunstancias correctas, la dirección y comunicación correctas por la RN, la supervisión correcta y la documentación correcta). El CRA carece del conocimiento, de la habilidad o de la disponibilidad según la Sección 225.8 para supervisar como una HMA. La persona (si es competente), el CRA (si hay uno) o el PAC debe aprobar por escrito la decisión de la RN de delegar tareas. Ver los criterios de la delegación en las Secciones 225.9 y 225.10.

Vías de administración que se pueden delegar:

La RN ha determinado que no se requiere delegación porque los padres o el LAR pueden asumir responsabilidad por la atención médica de la persona. La RN ha tomado en cuenta el tiempo que la persona ha vivido en el hogar, la relación entre la persona y el proveedor de cuidado temporal y los apoyos disponibles para el proveedor de cuidado temporal, y ha determinado que el proveedor de cuidado temporal puede asumir esta responsabilidad sin correr riesgo. La RN servirá como un recurso, asesor o educador e intervendrá cuando sea necesario para garantizar que se brinde atención segura y eficaz. [Sección 225.6(a)(3)] La documentación de las próximas intervenciones, incluso cuando es necesario dar seguimiento adicional, formará parte del plan de servicios de enfermería de la RN.

La RN ha determinado que no se requiere delegación para las vías oral, tópica y por inhalador de dosis medida. La RN ha determinado que los medicamentos que no se delegan al personal pagado sin licencia tratan un padecimiento estable o previsible. La RN o la enfermera vocacional con licencia (LVN), bajo la dirección de una RN, ha capacitado y determinado que el personal pagado sin licencia es competente. [Subcapítulo D, Capítulo 161, Título 11, Código de Recursos Humanos de Texas]

Tienen que ser administrados por una enfermera con licencia. Los medicamentos que **no se pueden delegar** son:

RN: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Supervisión de la enfermera

Determinar, después de consultar con la persona o el CRA o LAR, el nivel de supervisión y la frecuencia de las visitas de supervisión, teniendo en cuenta: la estabilidad del estado de la persona; la capacitación, experiencia y capacidad del personal de CDS sin licencia a quien se delega la tarea de enfermería; la naturaleza de la tarea de enfermería que se delega; la proximidad y disponibilidad de la RN a la persona sin licencia a la hora que se realice la tarea; y el nivel de participación de la persona o el CRA. [Sección 225.9(a)(3)(A-E)]

Nombre del personal sin licencia: _____

Marque cualquier persona consultada para determinar el nivel de supervisión de la enfermera para el personal sin licencia mencionado antes:

- Persona
- CRA
- LAR
- PAC
- Otra: _____

Seguimiento de la RN para monitorear la competencia del personal de CDS sin licencia para las siguientes tareas delegadas:

- No aplica, no hay tareas delegadas
- Una vez adicional dentro del primer/de la primera _____, luego:
 - Una vez al mes
 - Cada 3 meses
 - Una vez adicional dentro del año
 - Anualmente
- Otro: _____

Supervisión adicional del personal de CDS sin licencia por una RN o LVN:

- No aplica, no hay tareas delegadas
- Una vez adicional dentro del primer/de la primera _____, luego:
 - Una vez al mes
 - Cada 3 meses
 - Una vez adicional dentro del año

Notas:

VI. Plan de la atención o resumen

Resumen o impresiones clínicas

Cualidades relacionadas con la salud:

Consultas recomendadas:

Resumen:

RN: _____