



FIVE STAR HOME HEALTH CARE AGENCY

3044 Coney Island Ave, 4th Floor, Brooklyn, NY, 11235 Phone: (718) 676-9977 Fax: (718) 676-9960 E-mail: homecare@fivestarlhcsa.com

HOME HEALTH AIDE HOJA DE SERVICIO

Instruccion: Marque (☒) todas las tardes completadas que esten marcadas o anotadas en el plan de atencion del paciente.

Nombre del empleado:		Paciente. Nombre:																																									
Agencia:	Coordinacion:	Direccion:																																									
SS#:	Empezar. #:	Telefono:	AÑO:																																								
☐ PARA LOS CASOS DE RESIDENCIA: ☒ CERTIFICO QUE RECIBÍ 5 HORAS DE SUEÑO ININTERRUMPIDO Y 3 HORAS DE PAUSA PARA COMER TODOS LOS DÍAS DE SERVICIO. NOTA: SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE PARA CADA FECHA EN QUE SE BRINDÓ EL SERVICIO. LA FIRMA DEL PACIENTE CERTIFICA QUE SE HAN RECIBIDO LAS HORAS DE SERVICIO ANOTADAS ANTERIORMENTE. FIRMA HHA/PCA:		<table><tr><td>PON LA FECHA DE VISITA EN CADA CASILLA</td><td>SAB</td><td>DOM</td><td>LUN</td><td>MAR</td><td>MIER</td><td>JUEV</td><td>VIER</td></tr><tr><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>EL TIEMPO LLEGÓ A LA CASA DEL PACIENTE</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td></tr><tr><td>EL TIEMPO ABANDONÓ LA CASA DEL PACIENTE</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td><td>AM PM</td></tr><tr><td>HORAS TOTALES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		PON LA FECHA DE VISITA EN CADA CASILLA	SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER		/	/	/	/	/	/	/	EL TIEMPO LLEGÓ A LA CASA DEL PACIENTE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	EL TIEMPO ABANDONÓ LA CASA DEL PACIENTE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	HORAS TOTALES							
PON LA FECHA DE VISITA EN CADA CASILLA	SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER																																				
	/	/	/	/	/	/	/																																				
EL TIEMPO LLEGÓ A LA CASA DEL PACIENTE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM																																				
EL TIEMPO ABANDONÓ LA CASA DEL PACIENTE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM																																				
HORAS TOTALES																																											

CUIDADO PERSONAL								S	D	L	M	M	J	V	TRATAMIENTO / NECESIDADES ESPECIALES								S	D	L	M	M	J	V
BAÑO		BAÑERA (100)														TOMAR TEMPERATURA (400)													
☐ CUIDADO TOTAL		DUCHA (101)														☐ ORAL ☐ RECTAL ☐ AXILAR													
☐ ASISTIR		CAMA (102)														TOMAR PULSO (403)													
CUIDADO BUCAL/CUIDADO DENTAL (106)															TOMAR RESPIRACION (404)														
CUIDADO DEL CABELLO		PEINE (107)													TOMAR PRESION SANGUINEA (405)														
		CHAMPU (108)													SALIDA SIN PRECEDENTES/ ORINA/BM (407)														
ASEO		AFEITADO(109)													AYUDE CON CATETER (408)														
		UNAS(110)													AYUDE CON CUIDADO DE OSTOMIA (410)														
VISTIR(111)															RECUERDE PARA TOMAR MEDICINA (411)														
CUIDADO DE LA PIEL (112)															AYUDAR CON EL TRATAMIENTO ESPECIFICAR COMO ESTÁ ESCRITO EN POC:														
CUIDADO DE LOS PIES (113)															ACTIVIDADES DE APOYO AL PACIENTE		S	D	L	M	M	J	V						
IR AL BANO:COMODA (115) CHATA (116)															CAMBRIAR LAS SABANASA DE LA CAMA (161)														
☐ TOILET(117) ☐ PANAL (114)															LLAVAR ROPA (501)														
NUTRICIÓN								S	D	L	M	M	J	V	LIMPEZA DE LA CASA LIGERO (502):														
DIETA: ☐ REGULAR ☐ PRESCRITO															☐ COCINA ☐ BANO														
PREPARAR: ☐ DESAYUNO (202)															HACER LAS COMPRAS DE LOS														
☐ ALMUERZO (203) ☐ CENA(204)															PACIENTES RECADOS (506)														
PREPARAR: BOCADO(205)															ACOMPANAR AL PACIENTE A LA CITA MÉDICA (508)														
AYUDAR CON LA ALIMENTACIÓN (206)															ACTIVIDADES DE DIVERIONAL HABLE/LEA (509)														
TOMA SIN PRECEDENTS (207):															VIGILE LA SEGURIDAD PACIENTE (511)														
☐ ALIMENTO ☐ LIQUIDO															PRECAUCIONES ESTÁNDAR (542)														
ACTIVIDAD								S	D	L	M	M	J	V															
TRANSFERIR (300)																													
AYUDE CON ANDADOR (301)																													
AYUDE CON EN CASA EJERCICIOS (305)																													
AYUDAR CON EL EJERCICIO DE RANGO DE MOVIMIENTO (143)																													
GIRO Y POSICIONAMIENTO (AL MENOS CADA 2HOURAS) (311)																													
		PACIENTE / CUIDADOR						FIRMA HHA						RAZON PARA LA HOJA TIEMPO debes marcar (☒) ☐ LLAMADA DE ENTRADA O SALIDA DEL SISTEMA EVV TEMPRANO O TARDE ☐ NO SE PUEDE CONECTAR A INTERNET O EL SISTEMA EVV ESTÁ CAÍDO ☐ ENTRADA/SALIDA USANDO EL ID DE PIN DE TIEMPO INCORRECTO ☐ TELÉFONO EN USO POR EL PACIENTE O EL INDIVIDUO EN EL HOGAR DEL PACIENTE ☐ OBSERVANTE DEL SABBAT ☐ EL PACIENTE RECIBÍA SERVICIOS FUERA DEL HOGAR ☐ LA LÍNEA TELEFÓNICA DEL PACIENTE NO FUNCIONA ☐ EL DISPOSITIVO FOB NO FUNCIONÓ CORRECTAMENTE/LA DIRECCIÓN GPS NO SE VINCULÓ															
Sábado																													
DOMINGO																													
LUNES																													
MARTES																													
Miércoles																													
JUEVES																													
VIERNES																													
RN																													