

Nombre del Paciente <i>Non Pasyan</i>	Fecha de Nacimiento <i>Dat Nesans</i>	Fecha de Servicio <i>Dat Sévis</i>	
Nombre del HHA <i>Non HHA a</i>	Horario Programado <i>Orè Pwograme</i>	Hora de Entrada <i>Lè Antre</i>	Hora de Salida <i>Lè Soti</i>

CUIDADO BRINDADO – MARQUE TODO LO QUE APLIQUE / SWEN KI BAY – MAKE TOUT SA KI APLIKE

CUIDADO PERSONAL / AVD / SWEN PÈSONÈL / AKTIVITE CHAK JOU

☐ Baño/Ducha <i>Beny/Douch</i>	☐ Cuidado Bucal <i>Swen Bouch</i>	☐ Aseo Personal <i>Twalèt/Pyenye</i>	☐ Vestirse <i>Abiye</i>	☐ Cuidado de Piel/Perineal <i>Swen Po/Perine</i>
☐ Cambio de Pañal <i>Chanje Kouchèt</i>	☐ Uso del Baño <i>Ale nan Twalèt</i>	☐ Traslados <i>Transfè</i>	☐ Caminar/Movilidad <i>Mache/Mobilite</i>	☐ Cambio de Posición <i>Chanje Pozisyon</i>

NUTRICIÓN / ALIMENTACIÓN / NITRISYON / MANJE

☐ Comida Preparada <i>Repa Prepare</i>	☐ Merienda Preparada <i>Ti Goute Prepare</i>	☐ Ayuda para Comer <i>Ede Manje</i>	☐ Supervisión al Comer <i>Siveye Manje</i>	☐ Líquidos Ofrecidos <i>Ofri Likid</i>
☐ Dieta/Textura Especial Seguida <i>Swiv Rejim/Teksti Espesyal</i>				

Consumo:
Kantite manje:

0-25%

26-50%

51-75%

76-100%

SEGURIDAD / SUPERVISIÓN / SEKIRITE / SIVEYANS

☐ Supervisión Continua <i>Siveyans San Rete</i>	☐ Redirección Frecuente <i>Redirije Souvan</i>	☐ Precauciones de Caídas <i>Prekasyon pou Tonbe</i>	☐ Precauciones de Fuga <i>Prekasyon pou Sove Ale</i>
☐ Precauciones de Convulsiones <i>Prekasyon pou Kriz</i>	☐ Monitoreo de Conducta <i>Siveye Konpòtman</i>	☐ Precauciones de Aspiración <i>Prekasyon pou Aspirasyon</i>	☐ Poca Conciencia del Peligro <i>Pa Konsyan Danje</i>

ACTIVIDADES / AKTIVITE

☐ Juego <i>Jwe</i>	☐ Lectura <i>Lekti</i>	☐ Colorear/Manualidades <i>Kolore/Atizana</i>	☐ Sensorial <i>Aktivite Sansoryèl</i>	☐ Al Aire Libre <i>Deyò</i>
☐ Escuela/Tareas <i>Lekòl/Devwa</i>	☐ Música <i>Mizik</i>	☐ Movimiento <i>Mouvman</i>	☐ Descanso/Tranquilo <i>Repo/Trankil</i>	

ESTADO DEL PACIENTE / ETA PASYAN AN

Al Inicio de la Visita:
Nan Kòmansman Vizit la:

☐ Alerta <i>Vijilan</i>	☐ Tranquilo <i>Kalm</i>	☐ Dormido <i>Ap Dòmi</i>	☐ Cooperativo <i>Kowopere</i>	☐ Irritable <i>Irite</i>	☐ Agitado <i>Ajite</i>	☐ Hiperactivo <i>Twò Aktif</i>	☐ No Verbal <i>Pa Pale</i>
---	---	--	---	--	--	--	--

¿Algún cambio en la condición, lesión, caída, convulsión, conducta inusual o preocupación?
Eske gen chanjman nan kondisyon, blesi, tonbe, kriz, konpòtman dwòl, oswa enkyetid?

No
Non

Sí
Wi

¿Se notificó a la Oficina/Enfermera si era necesario?
Eske yo te avèti Biwo/Enfimyè a si te nesèsè?

Sí
Wi

No
Non

N/A

Persona Notificada:
Moun ki te Avèti:

Hora:
Lè:

NARRATIVA DIARIA REQUERIDA – MÍNIMO 25 PALABRAS SIGNIFICATIVAS / NARATIF CHAK JOU OBLIGATWA – OMWEN 25 MO KI GEN SANS

Describe la condición del paciente, el cuidado brindado, participación, necesidades de seguridad, comidas, uso del baño, conductas, actividades y cambios observados.
Decri kondisyon pasyan an, swen ou bay, patisipasyon, bezwen sekirite, manje, twalèt, konpòtman, aktivite, ak chanjman ou obsève.

FIN DE LA VISITA / FEN VIZIT LA

Paciente quedó:
Pasyan an rete:

☐ Estable <i>Estab</i>	☐ Tranquilo <i>Kalm</i>	☐ Dormido <i>Ap Dòmi</i>	☐ Con Padre/Tutor <i>Avèk Paran/Gadyen</i>	☐ Lugar Autorizado <i>Kote ki Otorize</i>	☐ Sin Cambios <i>Pa gen Chanjman</i>
--	---	--	--	---	--

Certifico que esta nota refleja con precisión los servicios que yo personalmente brindé durante esta visita.
Mwen sètifye nòt sa a reflete egzakteman sèvis mwen menm mwen te bay pandan vizit sa a.

Firma del HHA
Siyati HHA

Fecha
Dat

Hora
Lè

Firma del Padre/Tutor, si se requiere
Siyati Paran/Gadyen, si sa nesèsè

SOLO USO DE OFICINA:
POU BIWO SÈLMAN:

☐ EVV Verificado <i>EVV Verifye</i>	☐ Autorización Verificada <i>Otorizasyon Verifye</i>	☐ Nota Completa <i>Nòt Konplè</i>	☐ Devuelto para Corrección <i>Retounen pou Koreksyon</i>	☐ Revisión del Supervisor <i>Revizyon Sipèvizè</i>
---	--	---	--	--