

Normas de financiamiento del SCLARC para la compra de servicios (POS)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE RELEVO

CLIENTE: _____ UCI#: _____

COORDINADOR DE SERVICIOS: _____ FECHA: _____

SOLICITUD DE POS CORRESPONDIENTE Y DOCUMENTOS DE APOYO REQUERIDOS
ADJUNTOS: _____

Iniciales del supervisor y fecha

INDIQUE LOS FACTORES RELEVANTES EN UNA O MÁS ÁREAS
(Enviar para revisión de POS)

Médica:
Comportamiento:
Autocuidado:
Condiciones del cuidador:
Factores de estrés de la familia:
Plan de acción para el aumento de los niveles de relevo de más de 46 horas y para las excepciones:

Normas de financiamiento del SCLARC para la compra de servicios (POS)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE RELEVO

CLIENTE:

UCI#:

SC:

Número de horas de relevo/mes aprobadas:

Fecha:

Iniciales del supervisor:

Introduzca tres (3) o más marcas en una sola categoría (nivel A, B, C, etc.). Los servicios de más de 46 horas al mes pueden requerir la presencia de personal del equipo *I.D.* junto con los documentos de apoyo.

	NIVEL A: Hasta 24 horas/mes	NIVEL B: Hasta 30 horas/mes	NIVEL C: Hasta 36 horas/mes	NIVEL D: Hasta 46 horas/mes	NIVEL E: Más de 46 horas/mes
Médica	<input type="checkbox"/> Necesidades médicas especiales	<input type="checkbox"/> Necesidades físicas o médicas intermitentes (p. ej., cuidados especiales semanalmente)	<input type="checkbox"/> Condición médica frágil; requiere cuidados de forma periódica durante el día (alimentación por sonda gástrica, etc.). Estado estable. Puede requerir evaluación de enfermería	<input type="checkbox"/> Condición médica frágil; requiere cuidados periódicos durante el día (alimentación por sonda gástrica, etc.). Estado inestable. Puede requerir evaluación de enfermería.	<input type="checkbox"/> Condición médica frágil; requiere cuidados cada hora; riesgo de asfixia y aspiración en cualquier momento. Puede requerir evaluación de enfermería.
Comportamiento	<input type="checkbox"/> Comportamiento difícil de controlar	<input type="checkbox"/> Demuestra comportamientos problemáticos intermitentes más allá de lo esperado para su edad (agresión, autolesión, etc.)	<input type="checkbox"/> Demuestra comportamientos problemáticos continuos más allá de lo esperado para su edad (agresividad, autolesión, etc.). Puede requerir evaluación del comportamiento	<input type="checkbox"/> Muestra problemas graves de comportamiento, se lesiona a sí mismo o a otros <input type="checkbox"/> Requiere supervisión continua debido a su comportamiento perturbador/destructivo (p. ej., morder, embarrar las heces, ausentarse [AWOL] periódicamente)	Se requiere una evaluación del comportamiento o servicios conductuales continuos.
Autocuidado	<input type="checkbox"/> Requiere supervisión relacionada con la discapacidad	<input type="checkbox"/> Requiere indicación o ayuda en dos o más áreas	<input type="checkbox"/> El cliente padece una afección física o médica que requiere tratamiento frecuente	El cliente es mayor de 18 años y requiere cuidados totales en las áreas de higiene personal, baño, alimentación, etc.	<input type="checkbox"/> No es ambulatorio; requiere ayuda para llevar a cabo los cuidados personales / tareas de la vida independiente; pesa más de 80 libras.
Condición del cuidador	<input type="checkbox"/> Estrés relacionado con la discapacidad del cliente	<input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Padre adolescente <input type="checkbox"/> Padre <i>D.D.</i> <input type="checkbox"/> El cuidador padece una afección física o médica que le dificulta cuidar al cliente	<input type="checkbox"/> El cuidador padece una afección física o médica que requiere tratamiento frecuente	<input type="checkbox"/> El cuidador tiene problemas físicos o médicos crónicos que afectan a los cuidados del cliente. <input type="checkbox"/> El cuidador también atiende a otro miembro de la familia con una enfermedad crónica <input type="checkbox"/> El cuidador sin asistencia experimenta interrupciones del sueño cada noche (hasta 2 horas/noche)	<input type="checkbox"/> Cuidador con una afección médica que amenaza la vida y que interfiere con los cuidados del cliente (por ejemplo, cáncer, etc.) <input type="checkbox"/> El cuidador sin asistencia experimenta interrupción del sueño cada noche (p. ej., tratamientos cada 2 horas; alimentación cada 1 hora)
Estrés de la familia	<input type="checkbox"/> Los apoyos naturales no satisfacen las necesidades de relevo <input type="checkbox"/> No puede encontrar servicios debido a la discapacidad	<input type="checkbox"/> Perturbación de la familia debido a la discapacidad del cliente <input type="checkbox"/> El cuidador asiste regularmente a grupos de apoyo	<input type="checkbox"/> Hay 2 o más clientes del <i>SouthCentral Los Angeles Regional Center</i> en la familia <input type="checkbox"/> En riesgo de sufrir maltrato <input type="checkbox"/> La familia recibe asesoramiento por problemas de estrés	<input type="checkbox"/> Hay 2 o más clientes en la familia; 1 de ellos con problemas de comportamiento o necesidades médicas <input type="checkbox"/> Padre soltero; cliente con necesidades médicas o de comportamiento de nivel C y sin otros apoyos	<input type="checkbox"/> La gravedad o la combinación de los criterios del nivel D requieren horas adicionales