



REPORTE DE TAREAS REALIZADAS AL CLIENTE

Mes _____ Año _____

{ } HCA Nombre del Cliente _____ Dirección del Cliente _____

{ } FHCA Nombre del Trabajador _____ PIN: _____ Nombre del Supervisor _____

Dia de la Semana	FECHA	Tareas Realizadas														INICIALES DEL TRABAJADOR Mis iniciales certifican que realice todas las tareas especificadas	FIRMA DEL CLIENTE/PARTICIPANTE Con mi firma certifico que todas las tareas marcadas fueron realizadas por mi trabajador/a.	RECIBO DE COMPRAS					
		Por favor de elegir el numero que correspondiendaa con las tareas completadas																CANTIDAD DADO AL TRABAJADOR					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			Fecha	Efectivo	Cheque	Cupones de alimentos	Firma del Trabajador
Lunes																							
Martes																							
Miercoles																							
Jueves																							
Viernes																							
Sabado																							
Domingo																							
Lunes																							
Martes																							
Miercoles																							
Jueves																							
Viernes																							
Sabado																							
Domingo																							

CANTIDAD DEVUELTO A CLIENTE				
Fecha	Efectivo	Cheque	Cupones de alimentos	Firma del Cliente

LISTA DE TAREAS

<u>(1) DARLE DE COMER</u> <u>(2) BAÑAR</u> <u>(3) APARIENCIA</u>	<u>(4) VESTIR</u> <u>(5) TRANSFERRIR</u> <u>(6) INCONTINENCIA</u>	<u>(7) MANEJAR DINERO</u> <u>(8) LINEA TELEFONICA</u> <u>(9) PREPARACION DE COMIDAS</u>	<u>(10) LAVAR</u> <u>(11) TAREAS DOMESTICAS</u> <u>(12) TAREAS FUERA DE LA CASA</u>	<u>(13) RUTINA MEDICA</u> <u>(14) MEDICA ESPECIAL</u> <u>(15) SIN COMPAÑIA</u>
--	---	---	---	--

Marque esta casilla si su cliente estuvo interno en el hospital.
 Fecha de admicion _____
 Fecha de regreso _____

Marque esta casilla si su cliente rechazo servicio.
 Fecha del rechazo _____

Marque esta casilla si su cliente tubo una caída.
 Fecha del incidente _____

HCA/FHCA Firma del Trabajador/a _____ Fecha _____ Firma del Supervisor _____

AL FIRMA ABAJO CERTIFICO QUE TODAS LAS TAREAS DE MI PLAN DE CUIDADO FUERON REALIZADAS EN LOS DIAS MARCADOS ARRIBA

Firm del Cliente/ Representante Autorizado _____ Fecha _____