



PLANILLA PLAN PERSONALIZADO

PILOTO PROGRAMA ASISTENTES PERSONALES

1. DATOS PERSONA USUARIA	
Cédula de identidad	
Nombre/s	
Apellido/s	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Identidad de género	

2. DATOS DE CONTACTO PERSONA USUARIA	
Ciudad o departamento	
Dirección	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	



3. ENCUADRE DE TRABAJO DE LA ASISTENCIA PERSONAL

Proveedor del servicio (nombre Cooperativa):

Contacto telefónico Cooperativa:

Correo electrónico Cooperativa:

DATOS ASISTENTE PERSONAL

Nombre Asistente Personal:

Edad

Identidad de género

Teléfono

Correo electrónico

Lugar/es donde se van a desarrollar principalmente las tareas de cuidado.

- Domicilio de la persona usuaria
- Institución educativa (detallar nombre de institución y dirección)
- Lugar de trabajo de persona usuaria
- Espacios de ocio, deporte, cultura y sociales.

Días de trabajo

- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes
- Sábado
- Domingo

Horario
(80 horas mensuales)

Consignar el horario de trabajo de asistente personal que se acordó junto con la persona usuaria.



4. CARACTERIZACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR DE PERSONA USUARIA

Cedula	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con persona usuaria	Ocupación principal
			<input type="checkbox"/> familiar: <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> madre/padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otro No familiar	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Tareas del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Desocupado/a <input type="checkbox"/> Otros
			<input type="checkbox"/> familiar: <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> madre/padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> Otro familiares <input type="checkbox"/> Otro No familiar	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Tareas del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Desocupado/a <input type="checkbox"/> Otros
			familiar: <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> madre/padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> Otro No familiar	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Tareas del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Desocupado/a <input type="checkbox"/> Otros

5. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA REFERENTE/CUIDADOR/A PRINCIPAL DE PERSONA USUARIA *“Registrar los datos de identificación de contacto de la persona que realiza las tareas de cuidado y/o referente de la persona usuaria”.*

Cédula de identidad	
Nombres del/la referente/cuidador/a	
Apellidos del/la referente/cuidador/a	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	



6. PLANILLA PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO

6.1. CUIDADO Y ASISTENCIA PERSONAL A LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

DIMENSIÓN	TAREAS	OBSERVACIONES	PRINCIPALES DISPOSITIVOS DE APOYO QUE UTILIZA LA PERSONA. Si el utilizado por la persona no se encuentra en la lista, se debe solicitar aclaración a la persona usuaria.
<p>DIMENSIÓN FUNCIONAL</p> <p>DIMENSIÓN PSICO AFECTIVA</p>	<p><input type="checkbox"/> Una misma tarea, puede (y debería) estimular varias dimensiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyo para comer y beber</p>	<p>Registrar los acuerdos alcanzados con la persona usuaria respecto de la asistencia para realizar la actividad. Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horario y frecuencia de asistencia en la actividad. - Lugar donde se realiza la asistencia de la act. - Tipo de apoyo (supervisión, apoyo físico parcial y sustitución máxima. - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta en la asistencia de la actividad. <p>- Días de la semana:</p> <p>- Horario</p> <p>- Lugar:</p> <p>- Tipo de apoyo:</p> <p>- Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:</p>	<p><input type="checkbox"/> Andador adulto con ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Andador adulto sin ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Andador infantil con rueda</p> <p><input type="checkbox"/> Andador infantil sin ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Bastón Verde (lo utiliza la persona con baja visión)</p>
<p>DIMENSIÓN SOCIAL</p> <p>DIMENSIÓN SALUD</p> <p>DIMENSIÓN COGNITIVA</p>	<p><input type="checkbox"/> Apoyo en la higiene personal (micción, defecación, lavarse, bañarse, etc).</p>	<p>- Días de la semana:</p> <p>- Horario:</p> <p>- Lugar:</p> <p>- Tipo de apoyo:</p> <p>- Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:</p>	<p><input type="checkbox"/> Bastón Blanco (lo utiliza la persona ciega)</p> <p><input type="checkbox"/> Bastones Canadienses</p> <p><input type="checkbox"/> Coche Postural Adulto</p> <p><input type="checkbox"/> Coche Postural Infantil</p> <p><input type="checkbox"/> Pañal Adulto de diferentes tamaños.</p>



<input type="checkbox"/> Apoyo para vestirse	<p>- Días de la semana:</p> <p>- Horario</p> <p>- Lugar:</p> <p>- Tipo de apoyo:</p> <p>- Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:</p>	<input type="checkbox"/> Pañal Infantil de diferentes tamaños. <input type="checkbox"/> Colchones anti-escara. <input type="checkbox"/> tabla de transferencia <input type="checkbox"/> Otros. ConsignarCuál Indagar barreras y facilitadores ¹												
<input type="checkbox"/> Apoyo para el mantenimiento de la salud (apoyo para la medicación, emergencia, etc)	<p>- Días de la semana:</p> <p>- Servicio de salud de la persona: (nombre y teléfono)</p> <p>- Servicio de emergencia: (nombre y teléfono)</p> <p>- Tipo de apoyo:</p> <p>- Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:</p> <p>- Medicación:</p> <table border="1" data-bbox="549 1122 1193 1373"><thead><tr><th>Medicamento</th><th>Dosis</th><th>horas de administración</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Medicamento	Dosis	horas de administración										
Medicamento	Dosis	horas de administración												
<input type="checkbox"/> Apoyo para cambiar y mantener la posición del cuerpo	<p>- Días de la semana:</p> <p>- Horario</p> <p>- Lugar:</p> <p>- Tipo de apoyo:</p> <p>- Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:</p>													

¹ Instructivo Plan atención personalizada.



	<input type="checkbox"/> Apoyo en tareas domésticas fuera del hogar (hacer compras, pagar facturas).	<ul style="list-style-type: none"> - Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta: 	2
	<input type="checkbox"/> Apoyo en tareas domésticas dentro del hogar (cocinar, tender la cama, lavar los platos o ropa, etc).	<ul style="list-style-type: none"> - Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta: 	

6.3. CUIDADO Y ASISTENCIA PERSONAL A LAS ACTIVIDADES AVANZADAS

DIMENSIÓN	TAREAS	OBSERVACIONES	PRINCIPALES DISPOSITIVOS DE APOYO QUE UTILIZA LA PERSONA.
	Una misma tarea, puede (y debería) estimular varias dimensiones.	Registrar los acuerdos alcanzados con la persona usuaria respecto de la asistencia para realizar la actividad. Ejemplo: - Horario y frecuencia de asistencia en la actividad. - Lugar donde se realiza la asistencia de la act. - Tipo de apoyo (supervisión, apoyo físico parcial y sustitución máxima. - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta en la asistencia de la actividad.	Si el utilizado por la persona no se encuentra en la lista, se debe solicitar aclaración a la persona usuaria.
DIMENSION FUNCIONAL DIMENSIÓN PSICO AFECTIVA DIMENSIÓN SOCIAL	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a centro educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta: 	<input type="checkbox"/> Dispositivos tecnológicos adaptados. Consignar cuales:

² *Instructivo Plan atención personalizada.*



<p>DIMENSIÓN SALUD</p> <p>DIMENSIÓN COGNITIVA</p>	<input type="checkbox"/> Asistencia a espectáculos, actividades recreativas y culturales.	- Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta	<input type="checkbox"/> Otros. Consignar cuales. <small>3</small>
	<input type="checkbox"/> Asistencia para participar en reuniones, por ejemplo de su asociación u organización.	- Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:	
	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a centro recreativo o deportivo.	- Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:	
	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a su trabajo.	- Días de la semana: - Horario - Lugar: - Tipo de apoyo: - Hábitos, rutinas y/o preferencias a tener en cuenta:	

³ *Instructivo Plan atención personalizada.*