



Familias y cuidadores,

Entendemos que solo de pensar en la idea de prepararse para cuando le den de alta puede ser muy agobiante. En un esfuerzo por brindarle el mejor entrenamiento posible que se ajuste específicamente a sus necesidades, por favor díganos su nivel de comodidad al brindar atención en las siguientes áreas. Le agradecemos su tiempo y honestidad.

Tipo de cuidado	Nivel de Comodidad					
	Muy ansioso			→	Muy cómodo	
Tomar la presión arterial (vitaes)	1	2	3	4	5	n/a
Dar medicamentos	1	2	3	4	5	n/a
Dar alimentación por sonda	1	2	3	4	5	n/a
Limpieza de un tubo de traqueotomía	1	2	3	4	5	n/a
Realización de cuidados respiratorios y de succión	1	2	3	4	5	n/a
Limpieza de accidentes de intestino/vejiga	1	2	3	4	5	n/a
Realizar los programas de intestino/vejiga	1	2	3	4	5	n/a
Revisar la piel en busca de manchas rojas o fisuras/grietas	1	2	3	4	5	n/a
Poner/Quitar férulas/plantillas en los brazos y/o piernas	1	2	3	4	5	n/a
Hacer los estiramientos a tu ser querido	1	2	3	4	5	n/a
El manejo de la silla de ruedas	1	2	3	4	5	n/a
Usar un ascensor/rampas para mover a su ser querido	1	2	3	4	5	n/a
Proporcionar asistencia física para mover a su ser querido de una superficie o lugar a otro	1	2	3	4	5	n/a
Dar una ducha o un baño en la cama	1	2	3	4	5	n/a
Vendajes	1	2	3	4	5	n/a
Cepillarle los dientes y realizar el cuidado bucal	1	2	3	4	5	n/a
Ayudar a su ser querido a comer y a beber	1	2	3	4	5	n/a
Realizar una evaluación semanal para seguir o chequear el progreso con el pensamiento y la comunicación.	1	2	3	4	5	n/a
Estructurar/planear el día de su ser querido para proporcionarle actividades estimulantes	1	2	3	4	5	n/a
Llevar a su ser querido afuera a la comunidad	1	2	3	4	5	n/a
Proporcionar supervisión y asistencia las 24 horas.	1	2	3	4	5	n/a

Cuando haya completado este formulario, devuélvalo a un miembro de su equipo