|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02519S (11/2022) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PROGRAMA PARA CUIDADORES FAMILIARES DE WISCONSIN****EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES****WISCONSIN FAMILY CAREGIVER PROGRAM** **NEEDS ASSESSMENT** |

| Nombre del cuidadador | Número de identificación del cuidador | Fecha |
| --- | --- | --- |
|       |       | Enter Date |
| Nombre del receptor del cuidado |
|       |
| **Sección I:** Necesidades del receptor del cuidado no satisfechas (marque todos los artículos con los que necesita ayuda) |
| Equipo de adaptación | [ ] Sí [ ] No | Gestión de la atención médica | [ ] Sí [ ] No |
| Baño | [ ] Sí [ ] No | Actividades de estimulación mental | [ ] Sí [ ] No |
| Vestirse  | [ ] Sí [ ] No | Gestión del dinero | [ ] Sí [ ] No |
| Tener compañía | [ ] Sí [ ] No | Asesoramiento nutricional | [ ] Sí [ ] No |
| Cocina | [ ] Sí [ ] No | Cuidado durante la noche | [ ] Sí [ ] No |
| Derivación a especialistas en atención a la demencia | [ ] Sí [ ] No | Sistema personal de respuesta a emergencias | [ ] Sí [ ] No |
| Comida | [ ] Sí [ ] No | Compras | [ ] Sí [ ] No |
| Asesoramiento sobre beneficios para personas mayores | [ ] Sí [ ] No | Supplemental Nutrition Assistance Program (FoodShare)  | [ ] Sí [ ] No |
| Aseo  | [ ] Sí [ ] No | Ir al baño  | [ ] Sí [ ] No |
| Comidas a domicilio o en grupo | [ ] Sí [ ] No | Traslado | [ ] Sí [ ] No |
| Modificaciones en el hogar | [ ] Sí [ ] No | Transporte | [ ] Sí [ ] No |
| Seguridad o protección en el hogar  | [ ] Sí [ ] No | Otro:  | [ ] Sí [ ] No |
| Estrategias de incontinencia | [ ] Sí [ ] No | No se aplica | [ ] Sí [ ] No |
| Interacción con otras personas | [ ] Sí [ ] No |  | [ ] Sí [ ] No |
| **Las principales necesidades identificadas por el cuidador:**  |
|       |
| **Nota**: Las secciones II al V se refieren a las necesidades del cuidador, no a las necesidades del receptor del cuidado. |
| **Sección II:** Necesidades de relevo del cuidador no satisfechas (marque todo con lo que necesita más tiempo o ayuda). |
| Tiempo libre para sí mismo | [ ] Sí [ ] No | Labores fuera de la casa | [ ]  Sí [ ] No |
| Limpieza de la casa | [ ] Sí [ ] No | Relevo nocturno | [ ]  Sí [ ] No |
| Lavandería | [ ] Sí [ ] No | Preparación de comidas | [ ]  Sí [ ] No |
| Hacer o mantener citas | [ ] Sí [ ] No | Hacer la compra | [ ]  Sí [ ] No |
| Gestionar su propia medicación | [ ] Sí [ ] No | Transporte | [ ]  Sí [ ] No |
| Cumplir con las obligaciones laborales | [ ] Sí [ ] No | Otro:       | [ ]  Sí [ ] No |
| Gestión del dinero | [ ] Sí [ ] No | No se aplica | [ ]  Sí [ ] No |
| **Las principales necesidades identificadas por el cuidador:** |
|       |
| **Sección III:** Necesidades de salud física del cuidador no satisfechas (marque todo lo que necesita o de lo que se beneficiaría) |
| Acceso a la atención médica o dental asequibles | [ ] Sí [ ] No | Asesoramiento nutricional | [ ] Sí [ ] No |
| Ejercicio | [ ] Sí [ ] No | Herramientas poderosas para los cuidadores | [ ] Sí [ ] No |
| Despensas de alimentos | [ ] Sí [ ] No | Acceso a las compras o al transporte | [ ] Sí [ ] No |
| Tiempo libre para sí mismo | [ ] Sí [ ] No | Supplemental Nutrition Assistance Program (FoodShare) | [ ] Sí [ ] No |
| Ayuda para preparar comidas balanceadas | [ ] Sí [ ] No | Otro:       | [ ] Sí [ ] No |
| Comidas a domicilio | [ ] Sí [ ] No | No se aplica | [ ] Sí [ ] No |
| Dormir más | [ ] Sí [ ] No |  | [ ] Sí [ ] No |
| **Las principales necesidades identificadas por el cuidador:** |
|       |
| **Sección IV:** Necesidades de salud emocional del cuidador no satisfechas (marque todas las que correspondan)¿Cómo ha manejado el estrés emocional de cuidar a ? ¿Ha sido difícil emocionalmente?¿Es capaz de manejar el estrés adicional de cuidar a ?¿Está al tanto de los grupos de apoyo o cafés de la memoria y de que hay grupo de asesoramiento y apoyo disponibles? |
| Reunión familiar | [ ] Sí [ ] No | Personas dispuestas a ayudar | [ ] Sí [ ] No |
| Tiempo libre para uno mismo | [ ] Sí [ ] No | Tiempo social con la familia o los amigos | [ ] Sí [ ] No |
| Café de la memoria | [ ] Sí [ ] No | Técnicas de alivio del estrés o relajación | [ ] Sí [ ] No |
| Asesoramiento en salud mental | [ ] Sí [ ] No | Grupo de apoyo | [ ] Sí [ ] No |
| Opciones de asesoramiento o recursos | [ ] Sí [ ] No | Otro:       | [ ] Sí [ ] No |
| Descanso pagado | [ ] Sí [ ] No | No se aplica | [ ] Sí [ ] No |
| Participar en actividades fuera de los cuidados | [ ] Sí [ ] No |  | [ ] Sí [ ] No |
| **Las principales necesidades identificadas por el cuidador:** |
|       |
| **Sección V:** Necesidades de educación y recursos (marque todo lo que corresponda)¿Existen directivas anticipadas para su ser querido? ¿Para usted? ¿Sería útil disponer de más información o educación sobre el manejo de los problemas de comportamiento o la condición de la persona, el estrés de los cuidadores o los recursos de la comunidad? |
| Directiva anticipada o poder notarial | [ ] Sí [ ] No | Opciones de asesoramiento o recursos | [ ] Sí [ ] No |
| Línea de ayuda de Alzheimer 24/7 | [ ] Sí [ ] No | Taller de herramientas poderosas | [ ] Sí [ ] No |
| Aclarar los deseos del final de la vida | [ ] Sí [ ] No | Share The Care Program (STC) | [ ] Sí [ ] No |
| Técnicas de desescalada | [ ] Sí [ ] No | Grupo de apoyoCapacitación en línea para cuidadores de Trualta [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Alfabetización en atención médica | [ ] Sí [ ] No | Otro:       | [ ] Sí [ ] No |
| Información sobre la evolución de la enfermedad | [ ] Sí [ ] No | No se aplica  | [ ] Sí [ ] No |
| Planificación a largo plazo | [ ] Sí [ ] No |  | [ ] Sí [ ] No |
| **Las principales necesidades identificadas por el cuidador:** |
|       |
| **Temas de conversación**Preguntas para ayudar a los cuidadores a identificar sus necesidades más importantes. (Las respuestas en esta sección no se comunican al DHS) |
|  |
| ¿Indique dos situaciones o responsabilidades que considere como las más estresantes para usted? |
|       |
| ¿Cómo se podrían eliminar o reducir o hacer menos estresantes estas situaciones? |
|       |
| Si pudiera eliminar una responsabilidad de su rutina diaria o semanal para hacer la vida más fácil, ¿cuál sería? |
|       |
| ¿Qué técnicas utiliza actualmente para aliviar el estrés? |
|       |
| ¿En quién puede confiar para descansar de sus responsabilidades? |
|       |