|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-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 apoyo  Capacitación 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? | | | | |
|  | | | | |