

PLAN DE ATENCIÓN DE RESIDENTE CON PRUEBA POSITIVA DE COVID-19

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Mi prueba de COVID-19 dio positivo el día _____	Se reducirá mi riesgo de desarrollar complicaciones de COVID-19.		<input type="checkbox"/> Requiero oxígeno suplementario: <input type="checkbox"/> Necesito oportunidades de sociabilizar. Les pido que se amolden dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado(a) y necesito oportunidades para verbalizar mis miedos. <input type="checkbox"/> Administrar mis medicamentos según lo indicado. Monitorizar en busca de efectos secundarios. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso, o según lo indicado por mi médico. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Monitorizar la presencia o ausencia de síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Tos • Falta de aire • Dolor de garganta 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. □ Informar cualquiera de los siguientes síntomas de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados □ Monitorizar las pruebas de laboratorio según lo indicado e informar los resultados a mi médico. □ Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente lavarse las manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo. □ Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. □ Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir. □ Notificar mi diagnóstico y las precauciones que necesito a cualquier personal de traslado o centro de salud receptor. Ofrecerme y alentarme a beber una cantidad adecuada de líquido (si corresponde con el diagnóstico médico). 	
--	--	--	---	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<input type="checkbox"/> Evaluar mi necesidad de modificación dietaria y consultar con un Dietista registrado según se indique. <input type="checkbox"/> Respetar mis directivas anticipadas.	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención en caso de sospecha de COVID-19

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<p>Se sospecha que tengo COVID-19. Tengo los siguientes síntomas y señales de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aire o dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Dolores musculares o corporales <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Nueva pérdida del sabor u olfato <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal <input type="checkbox"/> Náusea o vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea 	<p>Se reducirá mi riesgo de desarrollar complicaciones de COVID-19.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notificar a mi médico y realizar una prueba de COVID-19 según se indique. <input type="checkbox"/> Necesito oportunidades de socializar. Les pido que se amorden dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado(a) y necesito oportunidades para verbalizar mis miedos. <input type="checkbox"/> Notificar a mi parte responsable, responsable legal <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Monitorizar la presencia o ausencia de síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o escalofríos • Tos 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> • Falta de aire o dificultad para respirar • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea • Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. <p><input type="checkbox"/> Informar cualquiera de los siguientes síntomas de inmediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorizar las pruebas de laboratorio según lo indicado e informar los resultados a mi médico. <input type="checkbox"/> Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente el lavado de manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo. <input type="checkbox"/> Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. <input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir. <input type="checkbox"/> Notificar mi diagnóstico y las precauciones que necesito a cualquier personal de traslado o centro de salud receptor. Ofrecerme y alentarme a beber una cantidad adecuada de líquido (si corresponde con el diagnóstico médico). <input type="checkbox"/> Evaluar mi necesidad de modificación dietaria y 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>consultar con un Dietista registrado según se indique.</p> <p><input type="checkbox"/> Respetar mis directivas anticipadas.</p>	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención para nuevo ingreso/reingreso al centro

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<input type="checkbox"/> Soy un Nuevo ingreso al Centro. <input type="checkbox"/> He Reingresado al centro.	<input type="checkbox"/> Se me monitorizará en busca de señales y síntomas de COVID-19 <input type="checkbox"/> Se me dará la oportunidad de realizar actividades a mi elección dentro de lo permitido por las precauciones para evitar la transmisión. <input type="checkbox"/> Informaré cualquier señal o síntoma de COVID-19 al personal de enfermería.		<input type="checkbox"/> Realizar una Prueba de COVID-19 según lo ordenado por mi médico. <input type="checkbox"/> Colocarme en aislamiento por 14 días. <input type="checkbox"/> Darme oportunidades de socializar y amoldarse dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso, o según lo indicado por mi médico. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Educar y monitorizar en busca de la presencia de síntomas de COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> ● Fiebre o escalofríos ● Tos ● Falta de aire o dificultad para respirar 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea • Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. <input type="checkbox"/> Informar cualquiera de los siguientes síntomas a mi médico de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados <input type="checkbox"/> Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente el lavado de 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo.</p> <p><input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir.</p>	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

MUESTRA DE PLAN DE CUIDADO de personas en riesgo por COVID-19

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de desarrollar COVID-19.	Mi riesgo de desarrollar COVID-19 se minimizará.		<input type="checkbox"/> Debo permanecer en mi habitación. <input type="checkbox"/> Ofrecerme actividades de mi interés para realizar en mi habitación. <input type="checkbox"/> Ofrecerme oportunidades de comunicarme con mis familiares y amigos. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales diariamente e informar cualquier hallazgo anormal. <input type="checkbox"/> Educarme para informar cualquiera de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o escalofríos • Tos • Falta de aire o dificultad para respirar • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
			<input type="checkbox"/> Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. <input type="checkbox"/> Educarme sobre la higiene de manos adecuada. <input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir.	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención por riesgo de aspiración/atragantamiento

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Requiero supervisión cuando como por mi riesgo de aspiración y/o atragantamiento. Mi riesgo puede incrementarse por la restricción de las comidas comunales.	Se disminuirá mi riesgo de aspiración y/o atragantamiento.		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofrecerme la dieta recetada por mi médico. <input type="checkbox"/> Evaluación de Fonoaudiología según sea necesario. <input type="checkbox"/> Corroborar que esté en posición erguida durante las comidas. <input type="checkbox"/> Dejarme tiempo suficiente para que coma y beba <input type="checkbox"/> Utilizar estrategias de alimentación según las recomendaciones del Fonoaudiólogo. <input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales y síntomas de aspiración durante las comidas, por ej., ruidos de líquido o gorgoteos cuando hablo <input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales y síntomas de atragantamiento durante las comidas como la tos. 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales de dificultad para tragar (disfagia)	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN Nº _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

PLAN DE ATENCIÓN DE ACTIVIDADES COVID-19

FECHA DE INICIO FECHA DE PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<p>Se me exige que practique distanciamiento social y las actividades grupales con otros residentes se han discontinuado debido a la Pandemia de COVID-19.</p>	<p>No tendré un aumento en la ansiedad o los signos/síntomas de depresión</p> <p>Participaré en una actividad independiente a mi elección _____ veces por semana.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudarme a “conectarme” con seres queridos mediante redes sociales, facetime, skype, etc. <input type="checkbox"/> Organizar conversaciones telefónicas con mis familiares y amigos <input type="checkbox"/> Suministrarme los EPP necesarios <input type="checkbox"/> Ofrecerme maneras seguras para que pueda mantenerme activo(a), como personal que me acompañe a caminar afuera, o caminar solo(a) si corresponde <input type="checkbox"/> Brindar actividades independientes según mis preferencias personales <input type="checkbox"/> Dejarme tiempo para que me exprese a través de proyectos artísticos, juegos de construcción como casas para aves, etc. <input type="checkbox"/> Proporcionar "actividades al paso". Colocar pequeños juegos, proyectos de manualidades y otros artículos que puedan higienizarse fácilmente después de su uso en una caja y llevarlos a mi habitación. Si necesito asistencia con estas actividades, 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>quedarse conmigo y trabajar individualmente (manteniendo el distanciamiento social) para hacerme participar en las actividades y/o conversar si es que puedo</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de participación social</p> <p>Fútbol en los portales, ejercicios de grupos musculares grandes en los portales, yoga/estiramiento, tai chi, ejercicios con churros de natación, pañuelos y tiras elásticas.</p> <p>Canto grupal en los pasillos con miembros del personal y residentes</p> <p>Servicios religiosos: por televisión, radio, transmisión en vivo o grabaciones, CD de oraciones</p> <p>Números de bingo anunciados todos los días para un juego semanal continuo, bingo en los portales</p>	
--	--	--	---	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN Nº _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.