



**AMAZING HOME CARE**

1601 Bronxdale Ave. - Suite #207- Bronx, NY 10462 718-863-3300



Instructions/Instrucciones:

Check (✓) off all completed tasks. Complete all tasks which are either checked or noted on patient Plan of Care.  
 Cheque (✓) todas las labores terminadas. Complete todas las labores que esten marcadas en el Plan de cuidado de su paciente.

Emp. Name/ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

Pt. Name/ Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Agency/Agencia \_\_\_\_\_ Coord. \_\_\_\_\_

Address/Direccion \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Emp. # \_\_\_\_\_

Telephone/Telefono \_\_\_\_\_

Patient No. ID  
 Num. Identificacion  
 del Paciente \_\_\_\_\_ Year  
 Anno \_\_\_\_\_

<b>1. USE BLACK INK ONLY/ USE TINTA NEGRA SOLAMENTE</b> 2. Fill this form out every day that you visit the patient/ Llene asta forma todos los dias que visite la casa del paciente. 3. You and your patient must sign daily/ Usted y su paciente deben finnar diariamente. 4. In case of patient emergency, call 911 and then notify Amazing 718-863-3300 En caso de emergencia llame al 911 y notifique Amazing 718-863-3300 5. Mail or bring this form to the Agency every Friday. Mande la forma por correo o traigala a la oficina todos los Viernes.	Put date visited in each box Ponga el día que visite el paciente en la cajita. →	Sat/Sabado	Sun./Dom.	Mon/Lun	Tue/Mar	Wed/Mier	Thur/Juev	Fri/Vier
	Time arrived in Patient's Home Hora de llegada a la casa del paciente							
	Time left Patient's Home Hora que se va de la casa del paciente							
	Total Hours worked Total de horas trabajadas →							

PERSONAL CARE/ CUIDADO PERSONAL		S	S/D	M/L	T/M	W/M	T/J	F/V	TREATMENT/SPECIAL NEEDS Tratamientos/Necesidades Especiales	S	S/D	M/L	T/M	W/M	T/J	F/V
Bath/Baño <input type="checkbox"/> Total care/Cuidado total <input type="checkbox"/> Assist/Asistencia	TUB / BAÑERA								Take Temperature/Tomar Temperatura <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Axiliary/Axilar							
	SHOWER / DUCHA								Take Pulse - Tomar Pulso Take Respirations- Tome Respiracion							
	BED / CAMA								Take blood pressure - Tomar Presion Weigh Patient - Pesar Paciente							
Mouth Care / Cuidado de la boca Denture Care / Cuidado Dental									Record Output (Urine/BM) Llevar el record de la Orina							
Hair Care Cuidado del cabello	Comb - Peinar								Assist with Catheter Care Asistir con Catete							
	Shampoo - Lavar								Empty Foley Bag - Vaciar bolsa Drenaje							
Grooming Arreglos	Shave - Afeitar								Assist with Ostomy Care Asistir con el cuidado de Ostomia							
	Nails - Uñas								Remind to take Medication Recordar Tomar Medicamentos							
Dressing - Vestir									Assist with treatments. Specify as written on POC - Asistencia con Tratamientos Especificados en el Plan de Cuidado							
Skin Care - Cuidado de la Piel									<b>PATIENT SUPPORT ACTIVITIES</b> Actividades de Soporte del paciente							
Foot Care - Cuidado de los Pies									Change bed linen- Cambiar sábanas de la cama							
Toileting / Usar el Baño <input type="checkbox"/> Diaper/Pañal <input type="checkbox"/> Commode/Acomodador <input type="checkbox"/> Bed pan/Pato <input type="checkbox"/> Toilet/Inodoro									Patient Laundry - Lavar ropa del paciente Cambiar sábanas de la cama							
<b>NUTRITION - NUTRICION</b>									Light Housekeeping - Limpieza ligera <input type="checkbox"/> Patient Room - Habitación del Paciente <input type="checkbox"/> Kitchen - Cocina <input type="checkbox"/> Bathroom - Baño <input type="checkbox"/> Patient care equipment - Equipo de cuidado del paciente							
DIET / DIETA <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Prescribed/Recetada									Do patient shopping Hacer compras para el Paciente							
Prepare / Preparar: <input type="checkbox"/> Breakfast/Desayuno <input type="checkbox"/> Lunch/Almuerzo <input type="checkbox"/> Dinner/Cena									Do Patient's errands Hacer los mandados para el Paciente							
Prepare Snack / Preparar Merienda									Accompany Patient to Medical Appointment Acompañar Paciente a citas medicas							
Assist Feeding / Dar comida al Paciente									Diversional Activities - Specify Diversas Actividades Especifique <input type="checkbox"/> Reading - Leer <input type="checkbox"/> Talking - Hablar							
Record Intake / Llevar record del consumo <input type="checkbox"/> Food/Comida <input type="checkbox"/> Fluid/Bebida									Monitor Patient Safety Monitoriar la seguridad sel Paciente							
<b>ACTIVITY - ACTIVIDADES</b>									Universal Precautions Precauciones Universales							
Transferring / Transferir									Patient unable to sign Paciente no puede firmar							
Assist with walking / Asistir al Caminar																
Device in use / Soporte en uso <input type="checkbox"/> Cane/Baston <input type="checkbox"/> Walker/Caminador <input type="checkbox"/> Crutches/Muletas																
Assist Home Exercise Program Asistir ejercicios en casa Programa																
Assist with range of motion / Asistir con ejercicios de movimiento <input type="checkbox"/> R arm/D brazo <input type="checkbox"/> L arm/I brazo <input type="checkbox"/> R foot/D pie <input type="checkbox"/> L foot/I pie <input type="checkbox"/> Neck/Cuello																
Turning and Positioning (at least 2 times) Cambiar de posicion (al menos 2 veces)																

	Patient/Caregiver - Paciente/Cuidador	HHA Signature / Firma de la HHA		Patient/Caregiver - Paciente/Cuidador	HHA Signature / Firma de la HHA
Sat/Sab			Wed/Mie		
Sun/Dom			Thur/Jue		
Mon/Lun			Fri/Vier		
Tues/Mar			RN/ER		