

3.

Planilla de criterios de evaluación del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar

La planilla le ayudará a explicar por qué necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea de IHSS

Instrucciones para completar la planilla:

1. Copie en esta planilla la información de la clasificación del índice funcional proporcionada por su médico en el documento titulado [Solicitud de información que documente las limitaciones funcionales del paciente](#).
2. Copie en esta planilla el tiempo que necesita para cada tarea, según su [Planilla de autoevaluación de IHSS](#).
3. Compare el total de horas necesarias con [las pautas de tiempo por tarea](#). Si el total de horas necesarias se encuentra fuera del rango de horas indicado en las pautas, explique por qué necesita una excepción.
4. Si se ha reducido el tiempo que puede recibir debido a un prorrateo, explique por qué sigue necesitando tiempo adicional.
5. Si se identifican recursos alternativos y se reduce la cantidad de tiempo que puede recibir, explique por qué sigue necesitando tiempo adicional. El condado debe obtener una declaración firmada ([SOC 450](#)), e incluirla en el archivo del beneficiario, por parte del proveedor en la que se indique que este sabe que puede recibir una remuneración de IHSS, pero que elige no aceptar la remuneración antes de que le puedan reducir las horas. MPP, artículo 30-757.176. IHSS no puede obligar a los familiares y amigos ni a otras personas a proporcionar servicios de apoyo en el hogar de forma gratuita. MPP, artículo 30-763.622.

Esta planilla no le ayudará con lo siguiente:

Servicios paramédicos. Algunas tareas pueden ser de cuidado personal o servicios paramédicos. Para obtener más información sobre los servicios paramédicos, lea la publicación de DRC sobre [Servicios paramédicos a través del programa de IHSS](#).

La supervisión preventiva consiste en vigilarlo para evitar que se lastime accidentalmente debido a un deterioro cognitivo, enfermedad de salud mental u otra afección. Para obtener más información sobre la supervisión preventiva, consulte [Supervisión preventiva de los servicios de IHSS](#).

Pautas de tiempo por tarea de IHSS y herramientas de evaluación

Los trabajadores del condado del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) completan una evaluación de necesidades por cada solicitante/beneficiario de IHSS. Para esto utilizan las clasificaciones del índice funcional, los criterios de evaluación comentados (AAC) y las pautas de tiempo por tarea. Las pautas de tiempo por tarea, que se encuentran en línea en el [Manual de Políticas y Procedimientos \(MPP\)](#) de IHSS, desde el artículo 30-757.11 hasta el artículo 30-757.14(k) del MPP, definen cada servicio IHSS y los rangos de tiempo que los beneficiarios de IHSS pueden obtener para realizar cada tarea de IHSS de acuerdo con el funcionamiento y los factores que se deben considerar para determinar el tiempo necesario y otorgar excepciones a las pautas de tiempo por tarea. Consulte el programa de IHSS y la guía de autoevaluación de DRC para ver ejemplos de razones por las que se puede necesitar más tiempo. Hay un resumen de la [clasificación del índice funcional de IHSS y las pautas de tiempo por tarea](#) y de la [notificación de información para todos los condados \(All County Information Notice, ACIN\) I-97-20](#) disponible en línea.

Cómo determinar cuánto tiempo puede recibir

La cantidad de tiempo que recibe depende de la cantidad de horas que necesita para que su cuidador de IHSS pueda ayudarle a realizar cada tarea de IHSS con la que necesita ayuda. El trabajador del condado de IHSS usa las pautas para determinar su funcionamiento y luego autoriza el tiempo de acuerdo con las clasificaciones. Una evaluación funcional incluye la clasificación de su funcionamiento en 11 actividades de la vida diaria, así como en la memoria, la orientación y el discernimiento (MPP, artículo 30-756.2). El funcionamiento mental debe considerarse al clasificar el funcionamiento en las 11 actividades de la vida diaria (MPP, artículo 30-756.37) y su necesidad de supervisión preventiva. Si su funcionamiento varía, la clasificación debe basarse en el funcionamiento que usted tiene durante la mayor parte del tiempo (MPP, artículo 30-757.1(a)(1) y ACIN I-82-17).

Después de clasificar su funcionamiento y considerar cuánta ayuda necesita con las tareas, el trabajador de IHSS autorizará el tiempo establecido, o no establecido, por las pautas de tiempo por tarea. Si el tiempo que necesita no es el establecido en las pautas, puede obtener una excepción a las pautas de tiempo por tarea. MPP, artículo 30-757.1(a), 30-757.1(a) (2-3). Puede recibir más o menos tiempo del sugerido por las pautas si su trabajador de IHSS documenta por qué necesita el tiempo en su expediente de IHSS (30-757.1(a)(6)). Para determinar cuánto tiempo necesita, se debe considerar su funcionamiento, incluido el funcionamiento mental, y otros factores, como el entorno de vivienda (MPP, artículo 30-757.1(a)(1)).

Nombre del beneficiario de IHSS: Haga clic o pulse aquí para escribir.

Estoy enviando la siguiente información para que me ayuden a explicar por qué necesito una excepción a las pautas de tiempo por tarea de IHSS para mantenerme a salvo en mi propio hogar.

Servicios domésticos (tareas domésticas): MPP, artículo 30-757.11

Incluye barrer, pasar la aspiradora, lavar y encerar los pisos; limpiar encimeras y fregaderos de la cocina; limpiar el baño; almacenar alimentos y provisiones; sacar la basura; limpiar el polvo y recoger; limpiar el horno y la cocina; limpiar y descongelar el refrigerador; transportar combustible desde un depósito exterior; y varios servicios domésticos (p. ej., cambiar la ropa de cama, cambiar las bombillas de luz, limpiar la silla de ruedas y cargar o recargar las baterías de la silla de ruedas).

Tiempo que puede recibir. Puede aplicarse el prorrateo.

Se limita a 6 horas mensuales por vivienda, a menos que se conceda una excepción.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por mes en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya a la siguiente tarea de IHSS.

¿Necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea? Sí No

Razones por las que necesita una excepción: _____

Preparación de comidas y limpieza después de las comidas: MPP, artículos 30-757.131 y 30-757.132

La preparación de comidas incluye tareas como planificar menús; sacar comida del refrigerador o de la despensa; lavarse/secarse las manos antes y después de preparar la comida; lavar, pelar y rebanar vegetales; abrir paquetes, latas y bolsas; medir y mezclar ingredientes; levantar ollas y sartenes; quitarle la grasa a la carne; recalentar comida; cocinar y operar la cocina de manera segura; poner la mesa; servir las comidas; hacer puré la comida; y cortar la comida en trozos del tamaño de un bocado.

Tiempo que puede recibir según la categoría. Puede aplicarse el prorrateo.

Categoría 2: de 3:01 a 7:00 horas; categoría 3: de 3:30 a 7:00 horas; categoría 4: de 5:15 a 7:00 horas; categoría 5: de 7:00 a 7:00 horas

Si el beneficiario recibe todos los nutrientes por **sonda**, se lo clasificará como “categoría 1 o 6” tanto en la preparación de comidas como en la alimentación, debido a que la alimentación por sonda es un servicio paramédico. MPP, artículo 30-756.41.

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

¿Necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea? Sí No

Razones por las que necesita una excepción: _____

Lavado de ropa: MPP, artículo 30-757.134

El lavado de ropa incluye obtener acceso a las lavadoras; ir hacia/desde una lavandería u otro lugar de lavado de ropa que esté disponible localmente; clasificar la ropa para lavar; manipular los recipientes de jabón; colocar la ropa

dentro de la lavadora; manipular la ropa húmeda; operar los controles de la lavadora; colgar la ropa para que se seque; doblar y clasificar la ropa limpia; y remendar, planchar y guardar la ropa en estantes, cajones o armarios. (Nota: Las categorías 2 y 3 no se tienen en cuenta para determinar la función para esta tarea).

Tiempo que puede recibir. Puede aplicarse el prorrateo.

Una hora por semana si el hogar cuenta con las instalaciones necesarias para el lavado de ropa.

Una hora y media por semana si el hogar no cuenta con las instalaciones necesarias para el lavado de ropa.

Indique su clasificación (de 4 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por mes en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

¿Necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea? Sí No

Razones por las que necesita una excepción: _____

Compras y mandados: MPP, artículo 30-757.135

La compra de alimentos incluye hacer una lista de compras; ir a la(s) tienda(s) más cercana(s) u otros establecimientos acordes con la economía y las necesidades del beneficiario y volver; y comprar, cargar, descargar y almacenar alimentos. (Nota: Las categorías 2 y 4 no se tienen en cuenta para determinar la función para esta tarea).

Tiempo que puede recibir. Puede aplicarse el prorrateo.

1:00 hora por semana. No se permite el tiempo para servicios de acompañante del beneficiario.

Indique su clasificación (de 3 a 5) que se encuentra en la carta de su médico:

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No
Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

¿Necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea? Sí No

Razones por las que necesita una excepción: _____

La categoría Otras compras y mandados incluye hacer una lista de compras; ir a las tiendas más cercanas acordes con la economía y las necesidades del beneficiario y volver; comprar, cargar, descargar y almacenar las provisiones compradas; o hacer mandados razonables, como efectuar un pago moroso para evitar un corte inminente de los servicios públicos o recoger una receta, etc. (Nota: Las categorías 2 y 4 no se tienen en cuenta para determinar la función para esta tarea.

Tiempo que puede recibir. Puede aplicarse el prorrateo.

0:30 horas por semana. No se permite el tiempo para servicios de acompañante del beneficiario.

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No
Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

¿Necesita una excepción a las pautas de tiempo por tarea? Sí No

Razones por las que necesita una excepción: _____

Respiración: MPP, artículo 30-757.14(b).

La respiración está restringida a servicios no médicos, como la ayuda con la autoadministración de oxígeno y la limpieza de máquinas de respiración a presión positiva intermitente (RPPI). (Nota: Las categorías 2, 3 y 4 no se tienen en cuenta para determinar la función para esta tarea).

Cuidados por traqueotomía y procedimiento de aspiración. Si todas las necesidades relacionadas con la respiración que requieren ayuda de otra persona se encuentran satisfechas a través de los servicios paramédicos de cuidados por traqueotomía y procedimiento de aspiración, el beneficiario debería ser clasificado como “categoría 1 o 6”, debido a que estos cuidados corresponden al servicio paramédico, y no a la respiración. MPP, artículo 30-756.42 y ACIN I-97-20.

Indique su clasificación (5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Cuidado de los intestinos y la vejiga: MPP, artículo 30-757.14(a)

El cuidado de los intestinos y la vejiga incluye ayudar a la persona a usar, vaciar y lavar los bacines/sillas con orinales, orinales, ostomía, enemas o receptáculos para catéter; colocar pañales; posicionar a la persona para el cambio de pañales; manipular la ropa; cambiar las almohadillas de contención desechables; ponerse y sacarse guantes desechables; limpiar al beneficiario luego de ir al baño; ayudar al beneficiario a sentarse en el retrete o en la silla con orinal y levantarse; y lavar y secar las manos del beneficiario y del proveedor.

Esta área de servicios no incluye enemas, catéteres, supositorios, estimulación digital como parte de un programa intestinal o la irrigación de la colostomía. Estas tareas se evalúan como “servicios paramédicos”. MPP, artículo 30-757.19. La “categoría 6” se utiliza para los servicios paramédicos. ACIN I-97-20.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:35 a 2:00 horas; categoría 3: de 1:10 a 3:20 horas; categoría 4: de 2:55 a 5:50 horas; categoría 5: de 4:05 a 8:00 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Alimentación: MPP, artículo 30-757.14(c)

La alimentación incluye ayuda con el consumo de alimentos y la ingesta de líquidos adecuada. Esto consiste en alimentar, o brindar la ayuda relacionada, a los beneficiarios que no pueden alimentarse solos, o quienes necesitan otro tipo de ayuda con dispositivos especiales para alimentarse o beber los líquidos adecuados. Se incluyen las siguientes tareas: ayuda para alcanzar, recoger y sujetar los utensilios y la taza; limpiar el rostro y las manos del beneficiario; lavarse y secarse las manos; y lavar y secar las manos del proveedor antes y después de la alimentación. Esto no incluye cortar la comida en trozos del tamaño de un bocado o hacer un puré con la comida, ya que estas tareas se evalúan como parte de “preparación de comidas”.

Si el beneficiario recibe todos los nutrientes por **sonda**, se lo clasificará como “categoría 1 o 6” tanto en la

preparación de comidas como en la alimentación, debido a que la alimentación por sonda es un servicio paramédico. MPP, artículo 30-756.41 y ACIN I-97-20.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:42 a 2:18 horas; categoría 3: de 1:10 a 3:30 horas; categoría 4: de 3:30 a 7:00 horas; categoría 5: de 5:15 a 9:20 horas.

Indique su clasificación para alimentación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Baño en cama de rutina: MPP, artículo 30-757.14(d)

Baño en cama de rutina incluye limpiar el recipiente u otros materiales utilizados para los baños de esponja en cama y guardarlos; obtener el agua y los suministros; lavar, enjuagar y secar el cuerpo, poner loción, talco y desodorante; y lavarse y secarse las manos antes y después del baño. La clasificación de esta categoría de servicio es la misma que “baño, higiene bucal y aseo”. ACIN I-97-20.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:30 a 1:45 horas; categoría 3: de 1:00 a 2:20 horas; categoría 4: de 1:10 a 3:30 horas; categoría 5: de 1:45 a 3:30 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Vestimenta: MPP, artículo 30-757.14(f)

Esto incluye lavarse y secarse las manos; poner y sacar, ajustar y desajustar, abotonar y desabotonar, abrir y cerrar la cremallera, y atar y desatar prendas, prendas interiores, corsés, medias elásticas y aparatos ortopédicos; cambiar la ropa sucia; y alcanzar herramientas al beneficiario para ayudarlo a vestirse de manera independiente.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:34 a 1:12 horas; categoría 3: de 1:00 a 1:52 horas; categoría 4: de 1:30 a 2:20 horas; categoría 5: de 1:54 a 3:30 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Cuidado menstrual: artículo 30-757.14(j)

El cuidado menstrual se limita a la aplicación externa de toallas higiénicas y la limpieza externa; el cambio de posición de la persona para los cambios de toallas; el uso o desecho de las almohadillas de contención;

maniobrar la ropa; secar y limpiar; y lavarse y secarse las manos. En la evaluación del “cuidado menstrual”, quizá se deba evaluar un tiempo adicional en las demás categorías de servicio como “lavado de ropa”, “vestimenta”, “servicios domésticos” o “baño, higiene bucal y aseo”. Si un beneficiario utiliza pañales, es posible que no necesite tiempo para cuidado menstrual y se podría evaluar un tiempo adicional en la categoría de cuidado de los intestinos y la vejiga.

Tiempo que puede recibir. La clasificación funcional no se tiene en cuenta.
De 0:17 a 0:48 horas por semana.

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Ambulación: MPP, artículo 30-757.14(K)

Esto incluye ayudar al beneficiario a caminar o trasladarse de un lugar a otro dentro del hogar, incluso, para ir al baño; subir o bajar las escaleras; mover y retomar los dispositivos de ayuda, como un bastón, andador, o silla de ruedas, etc.; y lavarse y secarse las manos antes y después de realizar estas tareas. La ambulación también incluye ayuda para ir y volver desde la puerta principal hasta el automóvil (incluye subir al automóvil y bajarse) para acompañamiento médico o cualquier otro tipo de viaje a recursos alternativos.

La ayuda para caminar fuera del hogar no está cubierta por la ambulación, pero puede considerarse dentro de la categoría “cambio de posición y masajes en la piel” como un ejercicio de amplitud de movimiento necesario para mantener la función, mejorar la marcha y mantener la fuerza o resistencia.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:35 a 1:45 horas; categoría 3: de 1:00 a 2:06 horas; categoría 4: de 1:45 a 3:30 horas; categoría 5: de 1:45 a 3:30 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Traslados: MPP, artículo 30-757.14(h)

Los servicios de traslado incluyen la ayuda para cambiar de posición estando de pie, sentado o en posición boca abajo, o cambiar un equipo o mueble por otro. Esto incluye el traslado desde una cama, silla, sillón, silla de ruedas, andador u otro dispositivo de ayuda, por lo general, dentro de la misma habitación.

Esta tarea no incluye la ayuda para sentarse en el retrete y levantarse, ya que esto se evalúa como parte del cuidado de los intestinos, la vejiga y la menstruación. El cuidado de úlceras por presión (cuidado de la piel y las heridas) se evalúa como parte de los servicios paramédicos. Cambiar la posición del beneficiario para evitar el agrietamiento de la piel y estimular la circulación se evalúa dentro de la categoría “cambio de posición y masajes en la piel”.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:30 a 1:10 horas; categoría 3: de 0:35 a 1:24 horas; categoría 4: de 1:06 a 2:20 horas; categoría 5: de 1:10 a 3:30 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No
Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.
Razones por las que necesita más tiempo: _____

Baño, higiene bucal y aseo: MPP, artículo 30-757.14 (e)

El baño incluye higienizar el cuerpo en una bañera o ducha; obtener el agua y los suministros y guardarlos; abrir y cerrar los grifos y regular la temperatura del agua; ayuda para entrar a la bañera o ducha y salir; ayuda para lavar, enjuagar, secar, poner loción, talco, desodorante en todas las partes del cuerpo; y lavar y secar las manos.

La higiene bucal incluye poner pasta dental, cepillarse los dientes, enjuagarse la boca, cuidar las dentaduras postizas, limpiarse con hilo dental, y lavarse y secarse las manos.

El aseo incluye peinar o cepillar el cabello, cortar el cabello del beneficiario cuando este no puede ir al peluquero o la peluquería; lavar con champú y acondicionador y secar el cabello; afeitarse; cuidado de las uñas de las manos y los pies (excepto corte de uñas de los pies) cuando estos servicios no se evalúan como “servicios paramédicos” para el beneficiario; y lavarse y secarse las manos.

Esta tarea de IHSS no incluye el traslado hacia y desde el baño, ya que se evalúa como movilidad en los servicios de ambulación.

Tiempo que puede recibir según la categoría

Categoría 2: de 0:30 a 1:55 horas; categoría 3: de 1:16 a 3:09 horas; categoría 4: de 2:21 a 4:05 horas; categoría 5: de 3:00 a 5:06 horas.

Indique su clasificación (de 2 a 5) que se encuentra en la carta de su médico: _____

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No
Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Cambios de posición y masajes en la piel: MPP, artículo 30-757.14(g)

Incluye masajes en la piel para estimular la circulación o evitar el agrietamiento, dar vuelta al beneficiario en la cama y otros tipos de cambios de posición, y ejercicios de amplitud de movimiento que estarán limitados a los siguientes:

- 1) Supervisión general de los ejercicios que un terapeuta de atención médica matriculado o profesional de la salud le enseñó al beneficiario para recobrar la movilidad restringida debido a una lesión, falta de uso o enfermedad; y
- 2) El tratamiento de mantenimiento cuando no son necesarios el conocimiento especializado y la decisión de un terapeuta calificado y los ejercicios están adaptados a la capacidad y tolerancia del beneficiario.

Dichos ejercicios incluyen poner en práctica los programas de mantenimiento (por ejemplo, la realización de ejercicios repetitivos necesarios para mantener la función, mejorar el modo de andar, mantener la fuerza o la resistencia; ejercicios pasivos para mantener una amplitud de movimiento en las extremidades con parálisis; y caminar con dispositivos de ayuda).

El “cambio de posición y los masajes en la piel” no incluyen las siguientes tareas:

Cuidado de úlceras por presión (cuidado de la piel y las heridas). Esta tarea se evalúa como parte de “servicios paramédicos”, de acuerdo con el MPP, artículo 30-757.19.

El tratamiento con rayos ultravioleta (configurar y supervisar el equipo) para las úlceras por presión o la aplicación de cremas medicinales para la piel se evalúan como parte de la “asistencia de dispositivos prostéticos”, conforme al MPP, artículo 30-757.14(i).

Tiempo que puede recibir. La clasificación funcional no se tiene en cuenta.
De 0:45 a 2:48 horas por semana. Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación:

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No
Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Dispositivos prostéticos y asistencia con la autoadministración de medicamentos: MPP, artículo 30-757.14(i)

La ayuda con dispositivos prostéticos y su cuidado incluyen poner/sacar, mantener y limpiar los dispositivos prostéticos, las ayudas ópticas y auditivas; y lavar/secar las manos del proveedor antes y después de realizar estas tareas.

La asistencia con la autoadministración de medicamentos consiste en recordarle al beneficiario que tome medicamentos recetados o de venta libre cuando se deben tomar, preparar los organizadores de pastillas, y lavarse/secarse las manos antes y después de realizar estas tareas.

Tiempo que puede recibir. La clasificación funcional no se tiene en cuenta.

De 0:28 a 1:07 horas por semana.

Indique el tiempo que necesita por semana en función de su autoevaluación: _____

¿Está pidiendo más tiempo del que, según la decisión del condado, usted necesita? Sí No

Si respondió que sí, continúe con la siguiente pregunta. Si respondió que no, vaya al siguiente servicio IHSS.

Razones por las que necesita más tiempo: _____

Planilla de funciones mentales

(Marque solamente la opción que coincida con su clasificación, según consta en la carta de su médico, por cada limitación funcional mental).

Memoria: Recordar comportamientos aprendidos e información del pasado lejano y reciente.

- Categoría 1:** No hay problema. La memoria está lúcida. El beneficiario puede darle información precisa sobre su historia clínica; puede hablar con propiedad acerca de los comentarios que se hicieron antes en la conversación; tiene un buen recuerdo de los eventos pasados. El beneficiario puede darle información detallada como respuesta a sus preguntas.
- Categoría 2:** La pérdida de memoria es moderada o intermitente. El beneficiario demuestra alguna restricción de memoria, pero no al extremo de que esté en riesgo. El beneficiario necesita recordatorios ocasionales para realizar tareas de rutina o ayuda para recordar eventos pasados.
- Categoría 5:** Deficiencia grave de memoria. El beneficiario olvida comenzar o terminar actividades de la vida diaria que son importantes para su salud o seguridad. No puede seguir el hilo de una conversación con usted.

Orientación: Está consciente de la hora que es, el lugar, de sí mismo y otros individuos en el propio entorno.

- Categoría 1:** No hay problema: La orientación es buena. El beneficiario es consciente de dónde está y puede darle información confiable cuando se le pregunta sobre las actividades de la vida diaria, de la familia, etcétera; y tiene conocimiento del transcurso de las horas durante el día.
- Categoría 2:** La desorientación y confusión ocasionales son evidentes, pero el beneficiario no representa un riesgo para sí mismo. El beneficiario está consciente de la hora del día, en general. Puede dar información limitada acerca de la familia, los amigos, la edad, la rutina diaria, etc.
- Categoría 5:** Desorientación grave que pone en riesgo al beneficiario. El beneficiario deambula. No tiene consciencia o preocupación por su seguridad o bienestar, no puede identificar a los seres queridos o relacionarse de manera segura en un entorno o situación. No tiene noción de la hora del día.

Discernimiento: Toma de decisiones para no ponerse a sí mismo o a la propiedad en peligro. El beneficiario demuestra manejarse con seguridad cerca de la cocina. El beneficiario tiene la capacidad de responder a cambios en el entorno (por ejemplo, fuego, frío en el hogar). El beneficiario comprende las alternativas y los riesgos involucrados y acepta las consecuencias de las decisiones.

- Categoría 1:** Discernimiento que no presenta impedimento alguno. Puede evaluar las señales del entorno y responder de manera apropiada.
- Categoría 2:** Discernimiento que presenta un leve impedimento. Demuestra falta de capacidad para realizar planes por sí mismo. Tiene dificultad al momento de decidir entre alternativas, pero está dispuesto a recibir consejos. Su discernimiento social es malo.
- Categoría 5:** Discernimiento que presenta un grave impedimento. El beneficiario no puede tomar decisiones o lo hace sin tener en cuenta su seguridad o bienestar.

Las tareas de IHSS no están sujetas a las pautas de tiempo por tarea

Acompañamiento a consultas médicas y recursos alternativos: MPP, artículo 30-757.15

El acompañamiento a consultas médicas o recursos alternativos (es decir, lugares donde recibe servicios gratuitos de IHSS) solo puede proporcionarse si necesita cuidado a cargo de un asistente para viajar y asistir a su consulta. Por ejemplo, necesita que su proveedor de atención le ayude a usar los cinturones de seguridad o a sentarse correctamente en un automóvil, a quitarse y ponerse prótesis u otros aparatos médicos o ropa, y a abrir y cerrar puertas para entrar a un edificio o salir.

Para obtener más información sobre el tiempo de espera del proveedor, consulte [Tiempos de espera y de traslado de los proveedores de IHSS](#).

Acompañamiento médico

Cada vez que visite a un proveedor médico acompañado por su cuidador de IHSS debe proporcionar lo siguiente:

- Nombre del médico y especialidad médica (por ejemplo, psiquiatra, neurólogo, especialista en manejo del dolor)
- Dirección
- Frecuencia de las visitas
- Tiempo de ida y vuelta
- Tiempo de espera, si corresponde

Indique el tiempo que necesita ayuda para ir a sus consultas médicas y volver: _____

Razones por las que necesita tiempo: _____

Acompañamiento para recursos alternativos

Cada vez que vaya a un lugar acompañado por su cuidador, para poder recibir servicios gratuitos de IHSS, debe proporcionar lo siguiente:

Nombre del recurso alternativo y la dirección: _____

Frecuencia de las visitas: _____

Tiempo de ida y vuelta: _____

Indique el tiempo que necesita para ir al recurso alternativo donde recibe los servicios gratuitos de IHSS y volver:

Razón por la que necesita tiempo: _____

Servicios de IHSS por tiempo limitado

Limpieza profunda: MPP, artículo 30-757.12

Indique el tiempo necesario: _____

Razón por la que necesita tiempo: _____

Reducción de los peligros en el jardín y limpieza de nieve: MPP, artículo 30-757.16

Indique el tiempo necesario: _____

Razón por la que necesita tiempo: _____

Enseñanza y demostración: MPP, artículo 30-757.18

En la enseñanza y demostración, hay un límite de tres meses para enseñarle a un beneficiario de IHSS cómo realizar las tareas de IHSS (como tareas domésticas, preparación de comidas y limpieza después de las comidas, lavado de ropa, baño, alimentación, vestimenta y trabajo de jardinería) por sí mismo y, de esta manera, eliminar la necesidad del servicio IHSS:

Indique el tiempo necesario: _____

Razón por la que necesita tiempo: _____

¡Queremos saber su opinión! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo: [\[Completar la encuesta\]](#)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete la solicitud de asistencia en línea. [\[Solicitar formulario de asistencia\]](#) Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de California); 213-213-8000 (sur de California).

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>.