



Arizona Caregiver Coalition
— Serving the Needs of Arizona Caregivers —

GUÍA PARA UN PLAN DE RESPIRO DE EMERGENCIA

Instrucciones paso a paso
para crear un Plan



*Disponible gratis para el público
No para venta individual

Contáctenos | 1-888-737-7494 | info@azcaregiver.org

Haz un plan para emergencias

Cosas para Recordar

1. ¡Preparación es la clave! Tenga un plan en marcha ANTES de que una situación suceda.
2. Mantenga toda la información importante en un solo lugar.
3. Incluya comentarios de la persona que cuida y asegúrese de conversar sobre este plan con sus seres queridos.
4. Tenga estrategias y vaya ajustándolas mientras lo discute con las personas que tendrán un rol en ellas.
5. Una vez que los detalles están finalizados, complete el póster con la información más importante.
6. Coloque el poster en el refrigerador, detrás de la puerta principal, en un mueble de su cocina, o en algún lugar obvio para una referencia rápida. Esto será útil para cualquier persona que le ayude, provea relevo en su hogar o puede ir directamente con su ser querido durante una emergencia.

***** Determine a quién puede llamar en caso de emergencia. Esta es la forma más importante de asegurar que su ser querido está protegido*****

Comuníquese con todos

- Haga arreglos con anticipación con personas o centros para que ellos estén preparados y listos con un plan si usted llama.
- Reúnase con su familia. Si alguien no puede asistir en persona, cree una reunión a través de Zoom, Teams, Skype, etc. para discutir el plan.
- Tenga presente que a veces las personas que reciben el cuidado dudan en quedarse en un centro. Puede ser de ayuda ir a algunos lugares y hacer un recorrido con ellos y luego tomar en cuenta sus comentarios.

*****Recomendamos encarecidamente que hable con el centro que elija para establecer acuerdos previos y completar cualquier papeleo requerido por adelantado.*****

1. Preguntas que debería hacerse

Use estas preguntas en la creación de su plan. Si necesita más información, vaya a la guía de cuidados de Arizona.

- 1 ¿A quién debería llamar? (Familia, Amigos, Agencia, o un Centro)
- 2 ¿Qué miembro de la familia debería estar a cargo y está disponible de aceptar la responsabilidad?
- 3 ¿Cuales son las responsabilidades primarias de ésta persona? ¿Puede proveer cuidado de relevo?
- 4 ¿Qué artículos de emergencia son fundamentales para que mi ser querido tenga si sale de casa?
- 5 ¿Cuál es nuestro plan de respaldo? ¿Tenemos múltiples opciones durante una situación de emergencia?

2. Roles y Responsabilidades

- Transporte del receptor de atención al centro o citas _____
- Mantener cuentas y comunicación con los proveedores de cuidado a domicilio _____
- Comunicación con el proveedor de Relevo _____
- Comunicación con los proveedores de atención primaria/farmacéuticos _____
- Ir a mandados y mantener el hogar _____
- Cuidar a las mascotas _____
- Otros Roles _____

3. Centros de cuidado de Relevo de Emergencia

Consulte la **Guía de cuidados de relevo de Arizona para obtener ayuda**. Asegúrese de investigar con anticipación, y seleccione varios centros de descanso a los que le gustaría que llevaran a su ser querido en caso de una emergencia. Haga esto ahora, antes de que haya una crisis:

- Haga una cita y tenga disponible una lista de preguntas. Infórmese sobre el costo, el tiempo de solicitud, el proceso de renovación y los requisitos.
- Solicite un recorrido por las instalaciones para asegurarse de que satisfacen las necesidades de su ser querido. También será importante que su ser querido esté de acuerdo y se sienta cómodo con la instalación o centro seleccionado.
- Tener una solicitud archivada en al menos una o dos centros.
- No espere una crisis. Pruebe el descanso nocturno cuando tenga un evento familiar. Construya una relación con el centro.

La mayoría de las instalaciones aceptan personas dependiendo de la disponibilidad. Esa es la razón por la que es mejor tener al menos 3 opciones diferentes.

Tres Centros de Relevo

1	Nombre Centro #1	_____
	Teléfono	_____
	Dirección	_____
2	Nombre Centro #2	_____
	Teléfono	_____
	Dirección	_____
3	Nombre Centro #3	_____
	Teléfono	_____
	Dirección	_____

4. Prioridades del Receptor de Atención

Información importante para obtener ayuda cuando se hospeda en un programa de relevo.

- Me comunico usando (Lenguaje de señas, comunicación a través de dispositivos, sonidos no-verbales, lectura de labios, necesita ayuda)

- Cuando tomo mi medicamento, prefiero hacerlo con (agua o comida)

- Si tengo dolor, lo demostraré por medio de (Tenga en cuenta si tiene bajo/alta tolerancia al dolor)

- Si me enojo o me angustio, la mejor manera de ayudar es (p. ej., poner mi música favorita)

- Cómo afronto los procedimientos médicos (p. ej., cómo reacciono normalmente a las inyecciones, las vías intravenosas, los exámenes físicos, las radiografías, la oxigenoterapia)

- Mis necesidades de movilidad son (p. ej., si puedo transferirme de forma independiente, si tengo una silla de ruedas u otros dispositivos, si necesito alivio de la presión, si estoy postrado en cama)

Al lavarme y vestirme, puede ayudarme de la siguiente manera

Cuando beba o coma, puede ayudarme de la siguiente manera

Mis comidas y bebidas favoritas son

No me gusta comer ni beber lo siguiente

Soy muy sensible a (vistas, sonidos, olores, texturas/telas, etc. específicos) y realmente me desagradan (luces fluorescentes, tormentas eléctricas, cloro y ambientadores, etc.)

Mis actividades favoritas son

No me gusta que

Otras notas personales

Póster de Relevo de Emergencia:

Póster de Respiro de Emergencia para: _____

Dirección: _____

Ubicación de items importantes:

GUIA DEL PLAN DE RELEVOS DE EMERGENCIA Y BOLSA DEL CUIDADOR

Documentos importantes: _____	Medicamentos: _____
Bolsa de Viaje de Emergencia: _____	Telefono/Cargador/Audifonos: _____
Dispositivo de Asistencia: _____	Item de comodidad personal: _____

Alergias a alimentos y Medicamentos:	Poder de Abogado:
#1: _____	Poder de Abogado: _____
#2: _____	Relacion: _____
#3: _____	Numero de Telefono: _____
#4: _____	Correo Electronico: _____
#5: _____	Método de Contacto: _____

Contacto de Familia Inmediata:	Contactos de Centros:
Familia #1: _____ Telefono: _____	Centro de Salud #1: _____ Telefono: _____
Familia #2: _____ Telefono: _____	Centro de Salud #2: _____ Telefono: _____
Familia #3: _____ Telefono: _____	Centro de Salud #3: _____ Telefono: _____

*****INFORMACIÓN CRÍTICA Y PLAN DE EMERGENCIA AL DORSO*****

Asegúrese de tener toda la información importante lista y disponible ANTES de que haya una crisis. Mantenga el póster removible en un espacio disponible, como en el refrigerador o detrás de la puerta principal.

La Guía de relevo de emergencia es útil para cualquier ayudante que venga y ofrezca relevo en su hogar, o se puede enviar con su ser querido en caso de emergencia. Para obtener información adicional, consulte la Guía de cuidados de relevo de Arizona.

Listado de Preparación:

- 1) Documentos importantes
- 2) Bolsa de emergencia
- 3) Contactos inmediatos
- 4) Poder de Abogado
- 5) Alergias
- 6) Equipo médico esencial
- 7) Medicamentos
- 8) Medicación y horario alimenticio

** Tenga en cuenta que es posible que algunos elementos de la lista de verificación no pertenezcan a su ser querido. Solo necesita completar las secciones que sean relevantes según las necesidades de la persona que recibe el cuidado.*

1. Documentos importantes

Haga copias de este documento para la persona que usted cuida. Póngalos en un lugar, en una carpeta o un sobre:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Records médicos/diagnóstico actual | <input type="checkbox"/> Instrucciones anticipadas de Atención Médica |
| <input type="checkbox"/> Copia de pasaporte o identificación del Estado | <input type="checkbox"/> Documento de HIPAA |
| <input type="checkbox"/> Copias de las tarjetas de aseguranza | <input type="checkbox"/> Copia de Orden de No Resucitar/ Testamento de vida |
| <input type="checkbox"/> Copia de tarjeta de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Prioridades del Receptor de Cuidados |
| <input type="checkbox"/> Copia de Poder de Abogado (POA) con información de contacto | <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Copia del poder de Abogado médico y del poder de Abogado de Mental, con información de contacto. | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

2. Bolsa de Emergencia

Estos son los artículos más críticos que deben incluirse en la bolsa de viaje de emergencia para su ser querido. No olvide involucrar a su ser querido en el proceso de toma de decisiones si puede.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Directivas Anticipadas y Documentos Importantes | <input type="checkbox"/> Incluya algo personal (foto, cobija, almohada) |
| <input type="checkbox"/> Documentos de identificación/seguro médico | <input type="checkbox"/> Artículos de tocador/artículos íntimos (absorbencia, toallas higiénicas, limpieza) |
| <input type="checkbox"/> Teléfono/Cargador/Audífonos | <input type="checkbox"/> Cepillo/pasta de dientes |
| <input type="checkbox"/> Ropa cómoda | <input type="checkbox"/> Cepillo de pelo |
| <input type="checkbox"/> Extra pilas para dispositivo de audio, si lo necesita. | <input type="checkbox"/> Kit de primeros auxilios |
| <input type="checkbox"/> Par extra de lentes o cualquier ayuda visual | <input type="checkbox"/> Libros/Revistas |
| <input type="checkbox"/> Dentadura/Pegamento | <input type="checkbox"/> Botella de agua reusable |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Utiles de limpieza (toallas húmedas) |

3. Contactos Inmediatos

Información de contacto para familiares, doctores, terapéutas y proveedores de cuidado.

Tres **familiares/amigos/vecinos/agencias** para llamar en caso de emergencia:

1 Contacto #1 _____
 Teléfono _____

2 Contacto #2 _____
 Teléfono _____

3 Contacto #3 _____
 Teléfono _____

Información de contacto para **doctores, terapéutas, y proveedores de cuidado**

1 Proveedor y tipo #1 _____
 Teléfono _____
 Dirección _____

2 Proveedor y tipo #2 _____
 Teléfono _____
 Dirección _____

3 Proveedor y tipo #3 _____
 Teléfono _____
 Dirección _____

4. Poder de Abogado

Hay tres tipos de poder notarial: general, médico y mental. Si aún no tiene poderes notariales, los tribunales de Arizona tienen un sitio web de autoservicio en:
<https://www.azcourts.gov/selfservicecenter/Powers-of-Attorney>

Si los tres son la misma persona, simplemente enumere a esa persona y su información de contacto a continuación:

Poder de Abogado: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Poder de Abogado

Médico: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

correo Electrónico: _____

Poder de Abogado

Mental: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

5. Allergies

List of food allergies or any medical allergies and the reactions to those allergies (for example: hives, swollen throat, nausea, etc.)

Alergias alimentarias

#1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

6. Essential Medical Equipment

Does the person needing care have devices that are used daily? This includes CPAP machines, dentures, hearing aids, walker/canes, prosthesis, oxygen (write down the supplier), blood sugar monitors, etc.

Lista de equipo médico esencial

#1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

6. Medicamentos

Todos los medicamentos que se toman, incluida una lista de los nombres y las horas en que se deben tomar.

Lista de medicamentos e instrucciones

1	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	2	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____
3	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	4	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____
5	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	6	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____
7	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	8	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____
9	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	10	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____
11	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____	12	Medicamento: _____ Enfermedad: _____ Frecuencia: _____ Hora/Dosis: _____

8. Medicamento y Horario de Alimentación

Utilice esta sección para enumerar los horarios de los medicamentos. Ayudará a su ser querido a asegurarse de que mantenga su rutina habitual.

Hora	Medicamento	Dosis	S	M	T	W	Th	F	S

Póster de Respiro de Emergencia para: _____

Dirección: _____

Ubicación de items importantes

GUÍA DEL PLAN DE RELEVO DE EMERGENCIA _____

Documentos Importantes: _____

Bolsa de Viaje de Emergencia: _____

Dispositivo de Asistencia: _____

Medicamentos: _____

Teléfono/Cargador/Audífonos: _____

Item de comodidad personal: _____

Alergias a alimentos y medicamentos:

#1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

Poder de Abogado:

Poder de Abogado: _____

Relación: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto: _____

Contacto de familia inmediata:

Familiar #1: _____

Teléfono: _____

Familiar #2: _____

Teléfono: _____

Familiar #3: _____

Teléfono: _____

Contactos de centros:

Nombre del Centro #1: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del Centro #2: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del Centro #3: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

*****INFORMACIÓN CRÍTICA Y PLAN DE EMERGENCIA AL DORSO*****

Información Crítica

Incluya enfermedades, citas urgentes, responsabilidades e instrucciones en caso de emergencias médicas o muerte

Plan de Emergencia

Acciones requeridas para la familia/el personal e información específica para el receptor del cuidado:

*****PARA MÁS INFORMACIÓN, VEA LA GUÍA DEL PLAN DE EMERGENCIA*****