HOME CARE SERVICES
AnchorHealth

Tel. 718.537.2000 • Fax. 845.579.6183 • 46 Cook St, Brooklyn, NY 11206

HOME HEALTH AIDE DUTY SHEET

Instructional: Check (√) off all completed tasks. Complete all tasks which are either checked or noted on patient Plan of Care.

Employee's Name _____

Agency _____ Coord _____

SS # _____ Emp. # _____

Patient's Name _____

Address _____

Phone _____ Year _____ PT ID # _____

1. **USE BLACK INK ONLY.**
2. Fill this form out everyday that you visit this patient.
3. You and the patient must sign daily.
4. In case of emergency, call 911, and then notify **718-537-2000.**
5. Mail or bring this form to your agency every Monday.

PUT DATE VISITED ↓ IN EACH BOX →	SAT	SUN	MON	TUE	WED	THUR	FRI
TIME ARRIVED IN PATIENT'S HOME							
TIME LEFT PATIENT							
TOTAL HOURS WORKED							

PERSONAL CARE		S	S	M	T	W	T	F
BATH ☐ TOTAL CARE ☐ ASSIST	TUB (100)							
	SHOWER (101)							
	BED (102)							
MOUTH CARE/DENTURE CARE (106)								
HAIR CARE	COMB (107)							
	SHAMPOO (108)							
GROOMING	SHAVE (109)							
	NAILS (110)							
DRESSING (111)								
SKIN CARE (112)								
FOOT CARE (113)								
TOILETING: ☐ DIAPER (114) ☐ COMMODE (115) ☐ BEDPAN/URINAL (116) ☐ TOILET (117)								

NUTRITION	S	S	M	T	W	T	F
DIET - PRESCRIBED (201)							
PREPARE: ☐ BREAKFAST (202) ☐ LUNCH (203) ☐ DINNER (204) ☐ SNACK (205)							
ASSIST WITH FEEDING (206)							
RECORD INTAKE: ☐ FOOD (207) ☐ FLUID (208)							

ACTIVITY	S	S	M	T	W	T	F
TRANSFERRING (300)							
ASSIST WITH WALKING (301)							
PATIENT WALKS WITH ASSISTIVE DEVICE (302)							
ASSIST W/ HOME EXERCISE PROGRAM (305)							
ASSIST WITH RANGE OF MOTION EXERCISES (306)							
TURNING & POSITIONING (AT LEAST Q2) (311)							

TREATMENTS/SPECIAL NEEDS	S	S	M	T	W	T	F
TAKE TEMPERATURE: (400) ☐ ORAL ☐ RECTAL ☐ AXILLARY							
TAKE PULSE (403)							
TAKE RESPIRATION (404)							
TAKE BLOOD PRESSURE (405)							
WEIGH PATIENT (406)							
RECORD OUTPUT (URINE/BM) (407)							
ASSIST WITH CATHETER CARE (408)							
EMPTY FOLEY BAG (409)							
ASSIST WITH OSTOMY CARE (410)							
REMIND TO TAKE MEDICATION (411)							
ASSIST WITH TREATMENTS (412) SPECIFY AS WRITTEN ON POC							

PATIENT SUPPORT ACTIVITIES	S	S	M	T	W	T	F
CHANGE BED LINEN (500)							
PATIENT LAUNDRY (501)							
LIGHT HOUSEKEEPING: (502) ☐ KITCHEN ☐ PATIENT ROOM ☐ BATHROOM							
PATIENT CARE EQUIPMENT (505)							
DO PATIENT SHOPPING & ERRANDS (506)							
ACCOMPANY PATIENT TO MEDICAL APPOINTMENT (508)							
DIVERSIONAL ACTIVITIES (509) ☐ READING ☐ TALKING							
MONITOR PATIENT'S SAFETY (511)							
PATIENT UNABLE TO SIGN							

	PATIENT/CAREGIVER	HHA SIGNATURE
SAT		
SUN		
MON		
TUES		

	PATIENT/CAREGIVER	HHA SIGNATURE
WED		
THUR		
FRI		

REVIEWED BY:

HOME CARE SERVICES
AnchorHealth

Tel. 718.537.2000 • Fax. 845.579.6183 • 46 Cook St, Brooklyn, NY 11206

HOJA DE SERVICIOS PARA AUXILIARES DE SALUD A DOMICILIO

Instructivo: Marque todas las tareas completadas con una (√). Complete todas las tareas que están marcadas o anotadas en el Plan de Cuidados del paciente.

Nombre del empleado(a) _____

Agencia _____ Coord. _____

Seg. Social _____ # de empleado(a) _____

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Teléfono _____ Año _____ # de identif. del paciente _____

1. **UTILICE SOLO TINTA NEGRA.**
2. Llene este formato cada día que visite a este paciente.
3. Usted y su paciente deben firmar esto diariamente.
4. En caso de una emergencia marque al 911, y después informe al **718-537-2000.**
5. Envíe por correo o entregue este formulario en su agencia cada lunes.

PONER LA FECHA DE VISITA ↓ EN CADA CASILLA →	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE
HORA DE LLEGADA A LA CASA DEL PAC.							
HORA A LA QUE DEJÓ AL PACIENTE							
TOTAL DE HORAS TRABAJADAS							

CUIDADO PERSONAL		S	D	L	M	M	J	V
BAÑO ☐ CUIDADO TOTAL ☐ ASISTENCIA	TINA (100)							
	REGADERA (101)							
	CAMA (102)							
CUIDADO DE BOCA/DENTADURA (106)								
CUIDADO DEL CABELLO	PEINADO (107)							
	CHAMPU (108)							
ASEO PERSONAL	AFEITAR (109)							
	UÑAS (110)							
VESTIR (111)								
CUIDADO DE LA PIEL (112)								
CUIDADO DE LOS PIES (113)								
IR AL BAÑO: ☐ PAÑAL (114) ☐ CÓMODO (115) ☐ BACINICA/URINARIO (116) ☐ INODORO (117)								

NUTRICIÓN	S	D	L	M	M	J	V
DIETA – PRESCRITA (201)							
PREPARAR: ☐ DESAYUNO (202) ☐ ALMUERZO (203) ☐ CENA (204) ☐ MERIENDA (205)							
ASISTIR CON LA ALIMENTACIÓN (206)							
REGISTRAR INGESTA: ☐ COMIDA (207) ☐ FLUIDOS (208)							

ACTIVIDAD	S	D	L	M	M	J	V
TRASLADAR (300)							
ASISTENCIA PARA CAMINAR (301)							
EL PACIENTE CAMINA CON UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA: (302)							
ASISTENCIA CON EL PROGRAMA DE EJERCICIOS EN CASA (305)							
ASISTENCIA CON LOS EJERCICIOS PARA RANGO DE MOVIMIENTO (306)							
GIRAR Y POSICIONAR (AL MENOS C/2 HRS) (311)							

TRATAMIENTO/NEC. ESPECIALES	S	D	L	M	M	J	V
TOMA DE TEMPERATURA: (400) ☐ ORAL ☐ RECTAL ☐ AXILAR							
TOMA DE PULSO (403)							
TOMA DE RESPIRACIONES (404)							
TOMA DE PRESION ARTERIAL (405)							
PESAR AL PACIENTE (406)							
REGISTRO DE EGRESOS (ORINA/HECES) (407)							
ASISTIR CON EL CUIDADO DEL CATÉTER (408)							
VACIAR LA BOLSA FOLEY (409)							
ASISTIR CON EL CUIDADO DE LA OSTOMIA (410)							
RECORDAR TOMA DE MEDICAMENTO (411)							
AYUDAR CON TRATAMIENTOS (412) PLAN DE CUIDADOS (POC)							

ACTIVIDADES DE APOYO AL PACIENTE	S	D	L	M	M	J	V
CAMBIO DE ROPA DE CAMA (500)							
LAVANDERIA DEL PACIENTE (501)							
LIMPIEZA LIGERA: (502) ☐ COCINA ☐ CUARTO DEL PACIENTE ☐ BAÑO ☐ EQUIPO PARA EL CUIDADO PACIENTE							
HACER COMPRAS Y MANDADOS (506)							
ACOMPAÑAR AL PACIENTE A SUS CITAS MEDICAS (508)							
ACTIVIDADES DE DISTRACCION (509) ☐ LECTURA ☐PLATICAR							
MONITOREAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (511)							
PACIENTE INCAPAZ DE FIRMAR							

	PACIENTE/CUIDADOR	FIRMA DEL HHA
SAB		
DOM		
LUN		
MAR		

	PACIENTE/CUIDADOR	FIRMA DEL HHA
MIE		
JUE		
VIE		

REVISADO POR: