



Plantilla De Lista De Verificación Para La Gestión De Casos De Atención Médica Checklist

Admisión y Evaluación

Recopilación inicial de información del cliente y evaluación de necesidades.

Nombre completo del cliente

Fecha de admisión

Presentación del problema/Motivo de la derivación

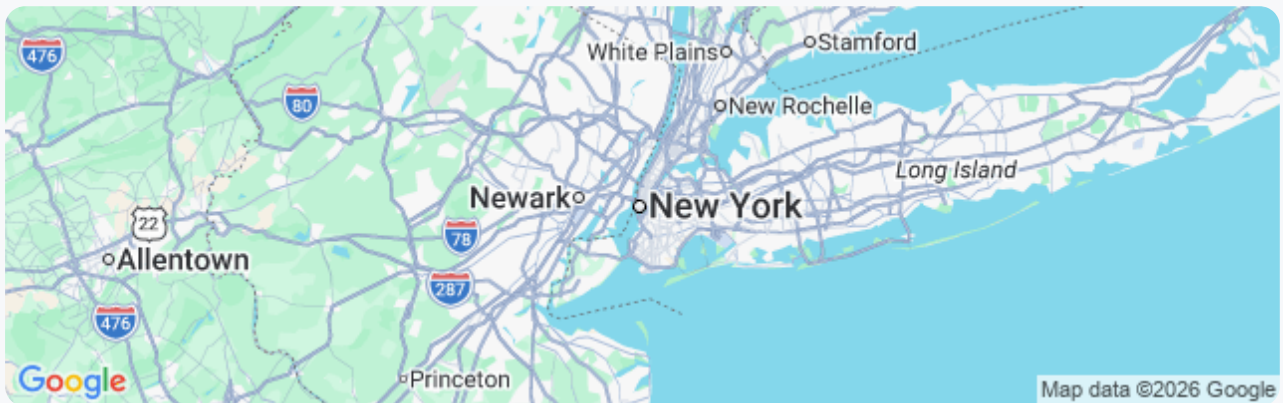
Edad

Idioma principal

- ☐ English
- ☐ Español
- ☐ Otro/a

Dirección del cliente

 [Set My Current Location](#)



Documentos de referencia (si aplica)

 [Upload File](#)

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Escriba algo...

Desarrollo del Plan de Cuidados

Creación de un plan de cuidados personalizado con objetivos medibles.

Fortalezas y recursos del cliente

Escriba algo...

Objetivos del Cliente (Corto Plazo)

Escriba algo...

Objetivos del Cliente (Largo Plazo)

Escriba algo...

Cronograma de finalización de objetivos (semanas)

Ingrese un número...

Área de enfoque principal

- ☐ Médico
- ☐ Social
- ☐ Financiero
- ☐ Salud Mental

Servicios Requeridos

- ☐ Citas Médicas
- ☐ Gestión de medicamentos
- ☐ Terapia
- ☐ Asistencia financiera
- ☐ Apoyo a la vivienda
- ☐ Transporte

Fecha de Revisión del Plan de Cuidados

Ingresa la fecha...

Coordinación de servicios

Programación y coordinación de servicios necesarios (médicos, sociales, financieros, etc.).

Fuente de referencia

- ☐ Hospital
- ☐ Médico/a
- ☐ Servicios Sociales
- ☐ Familia
- ☐ Auto-remisión
- ☐ Otro

Servicios programados

- ☐ Citas Médicas
- ☐ Sesiones de terapia
- ☐ Transporte
- ☐ Asistencia financiera
- ☐ Asistencia jurídica
- ☐ Apoyo a la vivienda
- ☐ Otro

Fecha de la cita

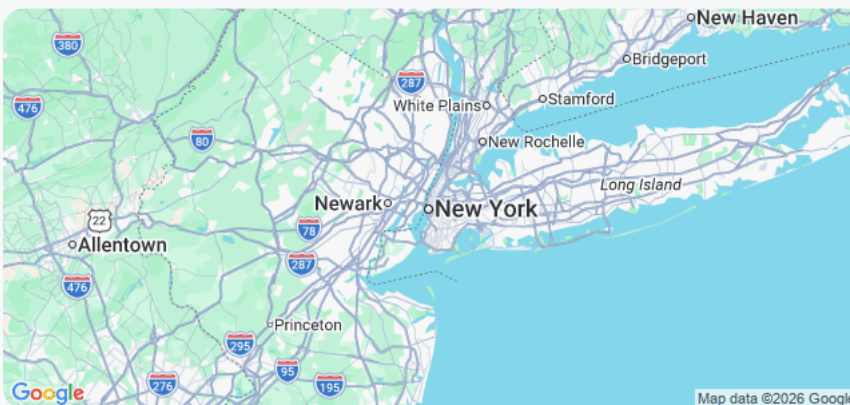
Ingresa la fecha...

Hora de la cita

Ingresa la hora...

Ubicación del servicio

 [Set My Current Location](#)



Nombre del proveedor

Escriba algo...

Notas de coordinación

Escriba algo...

Seguimiento y Evaluación

Seguimiento regular del progreso del cliente hacia sus objetivos y ajuste del plan de cuidados según sea necesario.

Fecha de seguimiento del progreso

Ingrese la fecha...

Progreso del objetivo (escala de 1 a 10)

Ingrese un número...

Progreso Observado y Desafíos

Escriba algo...

Evaluación General (Mejorando, Estable, Disminuyendo)

- ☐ Mejorando
- ☐ estable
- ☐ Disminuyendo

Áreas que requieren ajustes

- ☐ Médico
- ☐ Social
- ☐ Financiero
- ☐ Emocional
- ☐ Vivienda

Modificaciones al plan y próximos pasos.

Escriba algo...

Comunicación y Colaboración

Mantener una comunicación constante con el cliente, la familia y otras partes interesadas.

Última fecha de comunicación con el cliente

Ingrese la fecha...

Método de comunicación

- ☐ Teléfono
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Presencial
- ☐ Videoconferencia

Resumen de la comunicación y puntos clave discutidos

Escriba algo...

Partes interesadas en la comunicación

- ☐ Cliente
- ☐ Familiar.
- ☐ Médico
- ☐ Trabajador/a social
- ☐ Compañía de seguros

Próxima fecha de comunicación programada

Ingrese la fecha...

Documentación y archivo de registros

Garantizar la documentación precisa y completa de todas las actividades de gestión de casos.

Fecha de creación del registro

Ingrese la fecha...

Resumen de la evaluación inicial

Escriba algo...

Notas de progreso – Fecha específica

Escriba algo...

Actualizaciones del plan de cuidados

- ☐ Sin cambios.
- ☐ Ajuste menor
- ☐ Revisión importante

Documentación de respaldo (p. ej., historial médico, informes)

 Upload File

Registro de Comunicaciones (Fechas, Partes, Resumen)

Escriba algo...

Firma del Administrador de Casos

Intervención en Crisis y Apoyo

Responder y gestionar crisis de clientes, brindando el apoyo adecuado.

Nivel de gravedad

- ☐ Bajo
- ☐ Moderado
- ☐ Alto
- ☐ Peligro Inminente

Descripción del evento de crisis

Escriba algo...

Fecha del evento de crisis

Ingrese la fecha...

Evento de Crisis

Ingrese la hora...

Medidas adoptadas de inmediato

- ☐ Se contactó a los servicios de emergencia (911).
- ☐ Brindó apoyo emocional.
- ☐ Garantizó la seguridad del cliente y de otras personas.
- ☐ Contacto con Familiares/Apoyo Designado
- ☐ Otro

Detalles de las Acciones y Respuesta del Cliente

Escriba algo...

Nivel de Angustia del Cliente (1-10)

Ingrese un número...

Documentación de respaldo (p. ej., notas, fotos)

 Upload File

Planificación del Alta y Transición

Planificación del alta del paciente y asegurando una transición fluida a la atención continua.

Fecha de alta programada

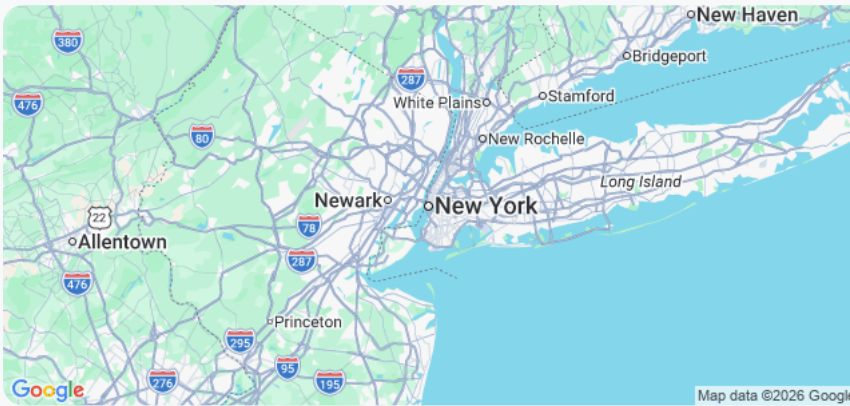
Ingrese la fecha...

Motivos de la baja.

Escriba algo...

Residencia Post-Alta

 [Set My Current Location](#)

**Destino de alta (p. ej., Domicilio, Residencia Asistida, Rehabilitación)**

- ☐ Hogar
- ☐ Vida Asistida
- ☐ Centro de rehabilitación
- ☐ Hospital
- ☐ Otro

Servicios Necesarios Post-Alta

- ☐ Atención a domicilio
- ☐ Transporte Médico
- ☐ Entrega de comida
- ☐ Seguimiento del Trabajador Social
- ☐ Asistencia financiera
- ☐ Ninguno.

Información de Contacto para Apoyo Post-Alta (Familiares/Amigos/Recursos Comunitarios)

Escriba algo...

Instrucciones al momento del alta.

 Upload File

Cumplimiento normativo

Cumplimiento de las normativas sanitarias y directrices éticas pertinentes.

Estado de Cumplimiento de la HIPAA

- ☐ Conforme
- ☐ Parcialmente conforme
- ☐ No conforme.
- ☐ N/A

Fecha de finalización del último entrenamiento en HIPAA

Ingrese la fecha...

Requisitos de presentación de informes estatales

- ☐ Requerido
- ☐ No requerido.
- ☐ N/A

Resumen de Actualizaciones Regulatorias Revisadas

Escriba algo...

Obligaciones de Denuncia Obligatoria

- ☐ Sí.
- ☐ No
- ☐ N/A

Documentación de respaldo (p. ej., actualizaciones de políticas)

 Upload File

Gestión Financiera

Apoyar con recursos financieros y gestionar los procesos de seguros.

Ingreso Anual del Cliente

Ingrese un número...

Fuente de financiación principal

- ☐ Seguro Social (Medicare)
- ☐ Medicaid
- ☐ Seguro privado
- ☐ Pago propio
- ☐ Otro

Detalles de la cobertura de seguro (Número de póliza, Fechas de vigencia)

Escriba algo...

Fecha de Renovación de la Póliza de Seguro

Ingrese la fecha...

Programas de Asistencia Financiera Solicitados

- ☐ ¡Chasquea!
- ☐ Atención Familiar Temporal
- ☐ Sección 8
- ☐ Ninguno.

Facturas médicas pendientes

Ingrese un número...

Notas sobre Recursos y Desafíos Financieros

Escriba algo...