



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

La **Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria (CPAQ, en inglés)** consiste en una evaluación de LOS RIESGOS SITUACIONALES Y RELACIONADOS CON EL HOGAR, LOS RIESGOS PARA LA SALUD, LAS PREFERENCIAS COMUNITARIAS y los CUESTIONARIOS DE APOYO A LA COMUNIDAD y al empleo. La **Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria** es examinada/finalizada por el Equipo Interdisciplinario (IDT, en inglés) durante la reunión de planificación de la participación comunitaria.

El objetivo de la evaluación es orientar el desarrollo de un **PLAN DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA** personalizado. *No se requiere una CPAQ o reunión de planificación de la participación comunitaria o para que las personas participen en actividades comunitarias con sus proveedores actuales.* La CPAQ proporciona orientación a los equipos interdisciplinarios para mitigar los riesgos identificados. La reunión de planificación de la participación comunitaria está ayudando a evaluar la necesidad de modificar las autorizaciones de servicios diurnos pre-COVID y de abordar los riesgos identificados en la CPAQ. Los equipos están obligados a llevar a cabo una revisión continua de los objetivos de inclusión de la comunidad de una persona y a realizar modificaciones según sea necesario. Para obtener información adicional sobre el proceso CPAQ, consulte el **diagrama de flujo del CPAQ**. La reunión de planificación de la participación comunitaria también puede proporcionar otra oportunidad para que el equipo revise los objetivos de inclusión comunitaria pre-COVID de la persona y realice las modificaciones necesarias en la ubicación, frecuencia y servicios después de considerar los riesgos, preferencias, fase de Reopen DC y necesidades de apoyo de la persona.



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

I. **Evaluación de riesgos situacionales y relacionados con el hogar;** *El QIDP, o Profesional de Apoyo Directo, completa esta sección para las personas en entornos residenciales y el proveedor de apoyo en el hogar completa para las personas en hogares naturales. Si la persona no recibe apoyo en el hogar, esta sección es completada por el cuidador principal o el coordinador de servicios. La evaluación de riesgos ayuda al IDT a identificar los riesgos de la participación comunitaria y a elaborar un plan para mitigar los riesgos.*

<b>Riesgos situacionales y relacionados con el hogar</b> (Riesgos para sí mismo, otros, la familia, cuidadores, compañeros de piso u otras personas que viven o se relacionan con la persona)	<b>Seleccione la respuesta adecuada</b>
1. ¿Sigue el protocolo de distanciamiento social con 6 pies de distancia? <i>Riesgo moderado a alto: Requiere un apoyo mínimo, máximo o se niega a seguir el protocolo de distanciamiento social</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Independientemente</li><li><input type="radio"/> Con un soporte mínimo</li><li><input type="radio"/> Con el máximo apoyo/indicación o se niega a seguir el protocolo de distanciamiento social</li></ul>
2. ¿Puede usar Equipo de Protección Personal (EPP) durante períodos prolongados de tiempo? <i>Riesgo moderado a alto: Utiliza EPP durante períodos prolongados con una asistencia mínima, incapaz o se niega a usarlo durante períodos prolongados</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Lo utiliza de forma independiente durante períodos prolongados</li><li><input type="radio"/> Lo utiliza durante períodos prolongados con un mínimo de indicación o asistencia</li><li><input type="radio"/> Incapaz o se niega a utilizarlo durante períodos prolongados de tiempo</li></ul>
3. ¿Qué nivel de asistencia se requiere para completar actividades de la vida diaria (AVD), como el aseo, la movilidad o la alimentación)? <i>Riesgo moderado a alto: Requiere asistencia física y contacto cercano con el DSP para completar las AVD</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Completa las AVD de forma independiente</li><li><input type="radio"/> Completa las AVD con un mínimo de asistencia o indicación</li><li><input type="radio"/> Requiere asistencia física y contacto cercano con el DSP para completar las AVD</li></ul>



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Riesgos situacionales y relacionados con el hogar</b> (Riesgos para sí mismo, la familia, cuidadores, compañeros de piso u otras personas que viven con la persona) <i>Sí = Riesgo moderado a alto; No= Riesgo bajo</i>	<b>Encierre la respuesta adecuada</b>
4. La persona vive con alguien con diabetes	Sí No
5. La persona vive con alguien diagnosticado con obesidad mórbida	Sí No
6. La persona vive con alguien mayor de	<input type="radio"/> 65 años <input type="radio"/> 85 años <input type="radio"/> No aplica
7. La persona vive con alguien con problemas respiratorios	Sí No
8. La persona vive con alguien con enfermedad cardíaca	Sí No
9. La persona vive con alguien con afecciones que comprometen el sistema inmunitario. Las afecciones que comprometen el sistema inmunitario incluyen VIH con un recuento bajo de células CD4 o no estar en tratamiento de VIH, cáncer, estado postrasplante, tratamiento con prednisona, etc.	Sí No
10. La persona vive con alguien con enfermedad renal y/o enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis	Sí No
11. La persona vive con alguien con otros problemas de salud subyacentes	Sí No
12. Si no está en un programa estructurado, ¿es probable que usted/la persona deambule por la comunidad o participe en actividades arriesgadas y sin distanciamiento social?	Sí No
13. La persona vive con alguien que se involucra en comportamientos de alto riesgo que ponen a la persona en riesgo de contraer COVID-19. (Algunos ejemplos de comportamientos de alto riesgo incluyen no utilizar EPP, negar/no poder practicar protocolos de distanciamiento social, y/o participar en actividades riesgosas y sin distanciamiento social)	Sí No



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- I. **Evaluación de riesgos relacionados con la salud:** En colaboración con la persona y/o el responsable de la toma de decisiones, esta sección es completada por el enfermero(a) proveedor(a) para personas en entornos residenciales, por el proveedor de apoyo en el hogar/QIDP o cuidador para las personas que reciben apoyo en el hogar y el cuidador principal y coordinador de servicios (CS) para las personas en hogares naturales que no reciben apoyo en el hogar.

<p style="text-align: center;"><b>Riesgos relacionados con la salud</b></p> <p>Las respuestas deben estar respaldadas por diagnósticos clínicos y ser consistentes con el nivel de necesidad (LON, en inglés) más reciente. <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html</a></p> <p style="text-align: center;"><i>Sí = Riesgo moderado a alto</i></p>	<p>Seleccione la respuesta adecuada</p>
14. La persona tiene diabetes	Sí No
15. La persona tiene obesidad mórbida	Sí No
16. La persona es mayor de	<input type="radio"/> 65 años <input type="radio"/> 85 años <input type="radio"/> No aplica
17. La persona tiene problemas respiratorios conocidos Especifique el diagnóstico:	Sí No
18. La persona tiene una enfermedad cardíaca conocida, incluida la hipertensión Especifique el diagnóstico:	Sí No
19. La persona tiene afecciones que comprometen el sistema inmunitario. Las afecciones que comprometen el sistema inmunitario incluyen VIH con un recuento bajo de células CD4 o no estar en tratamiento de VIH, cáncer, estado postrasplante, tratamiento con prednisona, etc. Especifique el diagnóstico:	Sí No
20. La persona tiene enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis	Sí No
21. La persona tiene cualquier otro problema de salud subyacente según lo especificado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) Especifique el diagnóstico:	Sí No



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## II. Cuestionario de comunidad/preferencias

El cuestionario debe ser revisado con la persona y completado por el Equipo Interdisciplinario (IDT) durante la reunión de planificación de la participación comunitaria. El propósito del cuestionario es ayudar al IDT a explorar lo que es importante para la persona, evaluar el interés de la persona en los apoyos diurnos pre-COVID-19 y orientar el desarrollo de un **plan de participación comunitaria personalizado**.

Cuestionario de preferencias comunitarias	Seleccione la respuesta adecuada								
<p>22. ¿Le hace falta ir al programa diurno o a trabajar?</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué le hace falta o qué es importante para usted sobre el programa diurno y/o el trabajo? (marque todo lo que corresponda)</p> <table><tr><td><b>Programa diurno</b></td><td><b>Trabajo</b></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Actividades</td><td><input type="radio"/> Colegas</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Personal</td><td><input type="radio"/> Interacciones con los clientes</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Compañeros</td><td><input type="radio"/> Ingreso</td></tr></table> <p>Otro (especifique): _____</p>	<b>Programa diurno</b>	<b>Trabajo</b>	<input type="radio"/> Actividades	<input type="radio"/> Colegas	<input type="radio"/> Personal	<input type="radio"/> Interacciones con los clientes	<input type="radio"/> Compañeros	<input type="radio"/> Ingreso	<p>Sí No</p> <p><i>(Sí - Programación prioritaria de la reunión de planificación de la participación comunitaria)</i></p>
<b>Programa diurno</b>	<b>Trabajo</b>								
<input type="radio"/> Actividades	<input type="radio"/> Colegas								
<input type="radio"/> Personal	<input type="radio"/> Interacciones con los clientes								
<input type="radio"/> Compañeros	<input type="radio"/> Ingreso								
<p>23. ¿Le preocupa la participación comunitaria o volver al programa diurno o al trabajo?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuáles son sus preocupaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> COVID-19</li><li><input type="radio"/> Prefiere la programación diurna actual a los apoyos pre-COVID (especifique lo que le gusta a la persona acerca de la programación diurna actual (actividades, personal, compañeros, ubicación, etc.)</li><li><input type="radio"/> Tengo un miembro de la familia con una afección de salud subyacente</li><li><input type="radio"/> Aplicación de los protocolos de distanciamiento social en el trabajo</li><li><input type="radio"/> Otra: _____</li></ul>	<p>Sí No</p>								



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

24. ¿El aumento de la actividad fuera del hogar reduciría la frecuencia de comportamientos o la gravedad de su afección de salud mental?	Sí No <i>(Sí - Programación prioritaria de la reunión de planificación de la participación comunitaria)</i>
--	--



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario comunitario/de apoyo al empleo

El cuestionario de apoyo comunitario debe ser revisado con la persona y completado por el Equipo Interdisciplinario (IDT) durante la reunión de planificación de la participación comunitaria. El objetivo del cuestionario es identificar las necesidades de apoyo integrado de la persona y orientar el desarrollo de un **plan de participación comunitaria personalizado**.

25. ¿Su trabajo tiene EPP adecuado?	Sí No
26. ¿Puede utilizar con seguridad el transporte disponible?	Sí No
27. ¿Tiene acceso a Internet?	Sí No
28. En caso afirmativo, ¿tiene acceso a la comunicación de audio y vídeo bidireccional?	Sí No



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- III. **Respuesta/comentarios** de la persona: El QIDP, el enfermero(a), el proveedor de apoyo en el hogar o el cuidador que completa la evaluación, documentará las citas directas, reacciones o comunicación (con o sin palabras) de la persona sobre la participación comunitaria o el regreso al trabajo.

- 
- IV. **Plan de acción recomendado o pasos siguientes:** Si la persona necesita la máxima asistencia para seguir el protocolo de distanciamiento social, se niega a seguir el protocolo de distanciamiento social, no puede o se niega a utilizar EPP por períodos prolongados, requiere un contacto estrecho con DSP para completar las AVD, o si alguno de los riesgos relacionados con la situación o la salud están presentes, el IDT tendrá en cuenta los apoyos y servicios necesarios para mitigar los riesgos y/o garantizar la seguridad de la persona mientras se dedica a actividades comunitarias durante los servicios diurnos o el empleo. Durante la reunión de planificación de la participación comunitaria, el equipo desarrollará un plan de participación comunitaria personalizado que incorpore los protocolos de COVID-19 de los proveedores y/o los lineamientos del CDC. Las recomendaciones y los planes de acción se documentarán en el plan de apoyo individual. Los cambios en los servicios de exención se reflejarán en el plan de atención. El plan de búsqueda de trabajo/participación comunitaria de la persona se modificará según proceda para reflejar los riesgos, preferencias y necesidades de apoyo de la persona.



# Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

V. Las siguientes personas participaron en la realización de la **Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria**

Sección	Nombre	Cargo	Nombre	Cargo
Evaluación de riesgos situacionales y relacionados con el hogar				
Evaluación de riesgos para la salud				
Cuestionario de preferencias comunitarias				
Cuestionario comunitario/de apoyo a empleo				

VI. **Verificación de la revisión de equipo: Completado por el coordinador de servicios**

El equipo revisó la Evaluación y Cuestionario de Participación Comunitaria con la persona y/o el responsable de la toma de decisiones durante la reunión de planificación de la participación comunitaria.

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Verificado por (nombre o firma del coordinador de servicios): \_\_\_\_\_