

CARPETA DE

ACTIVIDADES DE LA PERSONA CUIDADORA PRESTADORA DE SERVICIOS

Del Instituto Nacional de Geriátría



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

 **INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**

Secretaría de Salud

Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Nacional de Geriátría

Luis Miguel Francisco
Gutiérrez Robledo
Dirección General

Arturo Avila Avila
Dirección de Enseñanza
y Divulgación

Edgar Jaime Blanco Campero
Subdirección de Formación
Académica

Diana Consuelo Torres Ramos
Departamento de Desarrollo
de Recursos Humanos Especializados

Mónica del Carmen Vargas López
Subdirección de Desarrollo
y Extensión Académica

Andrea Lorena Garrido Romero
Departamento de
Educación a Distancia

Jennifer Esther Giron Castillo
Departamento de
Comunicación Científica

Autores

Alma Laura Deyta Pantoja
María Guadalupe Escobedo Acosta

Colaboradores

Arturo Avila Avila
Eduardo Sosa Tinoco
Diana Consuelo Torres Ramos
Jonny Pacheco Pacheco
Verónica Bautista Eugenio
Victoria González García
Edgar Jaime Blanco Campero
María Isabel Negrete Redondo
Luis Miguel Francisco Gutiérrez Robledo

Coordinación editorial

Mónica del Carmen Vargas López
Jennifer Esther Giron Castillo

Diseño editorial

Brayan Reyes Cedeño

Agradecemos la colaboración de:

Brenda Aguilar Martínez
María Guadalupe Medel Castro

Copyright © 2022 Instituto Nacional de Geriátría
Todos los derechos reservados. ISBN: En trámite.

www.geriatria.salud.gob.mx

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualquiera de las siguientes formas: electrónicas o mecánicas incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación e información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo o por escrito del Instituto Nacional de Geriátría.

Este manual solo tiene fines educativos



Esta obra está bajo una licencia
de Creative Commons Reconocimiento
-NoComercial-SinObraDerivada 4.0
Internacional

CARPETA DE

ACTIVIDADES DE LA PERSONA CUIDADORA PRESTADORA DE SERVICIOS

Del Instituto Nacional de Geriátría



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA



Índice

6 PRESENTACIÓN

7 Entrevista para obtener los datos generales de la persona mayor, cuidador primario y persona cuidadora

8 Ficha de datos personales de la persona mayor, cuidador primario y persona cuidadora prestadora de servicios

10 Entrevista para determinar el tipo de apoyo a la persona mayor en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

11 Guía para determinar el tipo de apoyo a la persona mayor en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

14 Acuerdos y observaciones para brindar el apoyo

17 Registro de uso de los medicamentos para la persona mayor

18 Reportes de apoyo sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

19 Reporte de apoyo sobre actividades básicas de la vida diaria

21 Formato de control de uso de medicamentos

22 Registro de los signos vitales y metabólicos

23 Reporte de apoyo sobre las actividades instrumentales de la vida diaria

24 ANEXOS

25 Aviso de privacidad (ejemplo)

27 Carta de recomendación

28 Copia de credencial de identificación

29 LISTADO DE REFERENCIAS



Presentación

La Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios, ha sido elaborada con la finalidad de contribuir en la organización y planeación de las tareas que implican el cuidado a una persona mayor en condición de dependencia, concebida como una herramienta de capacitación y un recurso para los candidatos que desean certificarse en la función: “Prestación de apoyo básico centrado en la persona mayor con dependencia”

Al considerar el apoyo centrado en la persona mayor, es fundamental no perder de vista la participación de la persona mayor y los que están involucrados en sus cuidados como lo es el cuidador primario, por lo que en todo momento se requiere mantener a ambos involucrados en el que hacer de la persona cuidadora prestadora de servicios.

En conocimiento de la heterogeneidad del envejecimiento y la salud, se tiene claro que puede existir la necesidad de complementar o ajustar los diferentes documentos que componen la presente carpeta; por lo que se sugiere tenerla de base y enriquecerla de acuerdo a las situaciones reales de cuidados.

Es importante no perder de vista que una persona mayor con dependencia sigue siendo digna de un trato humano y de recibir cuidados centrados en su persona basándose en las actitudes de respeto, amabilidad y responsabilidad entre otras, las cuales requieren estar presentes en conjunto con los conocimientos en la formación de cuidadoras y cuidadores.

*“Conocimiento y Conciencia para un Envejecimiento Saludable”
Instituto Nacional de Geriátria*

Entrevista para obtener los datos generales de la persona mayor, cuidador primario y persona cuidadora

Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios del Instituto Nacional de Geriátría

Ficha de datos personales de la persona mayor, cuidador primario y persona cuidadora prestadora de servicios

Lugar: _____ Fecha: _____

FICHA DE DATOS PERSONALES DE LA PERSONA MAYOR			
Nombre de la persona mayor:		Edad:	
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Referencias de ubicación del domicilio:			
Ocupación a que se dedicó:		Estado civil:	
Número telefónico:	Años de escolaridad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Religión:
Servicios médicos a los que asiste:			
Enfermedades diagnosticadas por médico:	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Artritis
	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Otras	Especificar:
Usa medicamentos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
FICHA DE DATOS DEL CUIDADOR PRIMARIO			
Nombre del cuidador primario:		Edad:	
Domicilio:			
Referencias de ubicación del domicilio:			
Ocupación a que se dedica:		Estado civil:	
Número telefónico:	Años de escolaridad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Religión:
FICHA DE DATOS PERSONALES DEL FAMILIAR			
Nombre de la persona cuidadora restadora de servicios:		Edad:	
Domicilio:			


Referencias de ubicación del domicilio:			
Ocupación principal:			Estado civil:
Número telefónico:	Años de escolaridad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Religión:
FICHA DE DATOS PERSONALES DEL AMIGO			
Nombre del amigo:			Edad:
Domicilio:			
Referencias de ubicación del domicilio:			
Ocupación principal:			Estado civil:
Número telefónico:	Años de escolaridad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Religión:
FICHA DE DATOS PERSONALES DE LA PERSONA CUIDADORA PRESTADORA DE SERVICIOS			
Nombre de la persona cuidadora prestadora de servicios:			Edad:
Domicilio:			
Referencias de ubicación del domicilio:			
Tiempo de experiencia en años:	Identificación:	Empresa:	Otra:
Tipo de cuidados brindados:			
Ocupación:			Estado civil:
Número telefónico:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Años escolaridad:	Cursos de cuidadores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aviso de privacidad de la agencia/persona cuidadora prestadora de servicios:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Recibido Fecha:	Pendiente con límite de entrega en 8 días <input type="checkbox"/> Recibido Fecha:
Cartas de recomendación:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Recibido Fecha:	Pendiente con límite de entrega en 8 días <input type="checkbox"/> Recibido Fecha:

Entrevista para determinar el tipo de apoyo a la persona mayor en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios
del Instituto Nacional de Geriátría

Guía para determinar el tipo de apoyo a la persona mayor en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Propósito: Identificar el tipo de apoyo requerido por la persona mayor en las actividades diarias y complementarias.

Instrucciones: De las siguientes actividades de la vida diaria, selecciona la opción que representa el tipo de apoyo requerido por la persona mayor y marque con una  en la columna Tipo de apoyo.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA					
Actividades	Niveles de desempeño	Tipo de apoyo		Descripción general del Plan de apoyo	Horarios
		Parcial	Total		
Comer	1. ¿Necesita que le apoyen cortando alimentos, calentarlos o servirlos?				
	2. ¿Necesita que le den de comer y beber?				
Bañarse	1. ¿Necesita apoyo para entrar y salir de la regadera o le tallen la espalda?				
	2. ¿Necesita que lo bañen?				
Aseo bucal	1. ¿Necesita apoyo para lavar las prótesis o poner pasta al cepillo dental?				
	2. ¿Necesita que le laven la boca?				
Arreglo personal	1. ¿Necesita apoyo para peinarse, rasurarse?				
	2. ¿Necesita que lo arreglen?				

Protección de la piel	1. ¿Necesita apoyo para mantener la higiene de la piel o lubricarla?				
	2. ¿Necesita prevención de lesiones?				
Vestirse y desvestirse	1. ¿Necesita que le acerquen la ropa o sujetar los zapatos?				
	2. ¿Necesita que lo vistan y desvistan?				
Movilidad	1. ¿Necesita acompañamiento y vigilancia para deambular fuera del lugar donde habita?				
	2. ¿Necesita que lo trasladen y cambien de posición?				
Ir al baño	1. ¿Necesita que lo apoyen para llegar al baño?				
	2. ¿Necesita que le coloquen el orinal, cómodo o manejen su sonda urinaria?				
Eliminación	1. ¿Tiene incontinencia urinaria (no fecal) y necesita ayuda para el aseo?				
	2. ¿Tiene incontinencia urinaria y/o fecal? Y ¿Necesita que lo limpien? (Protector, sonda, orinal)				
Higiene del sueño	1. ¿Toma varias siestas durante el día?				
	2. ¿No logra conciliar el sueño durante la noche?				

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Actividades	Niveles de desempeño	Tipo de apoyo		Descripción general del Plan de apoyo	Horario
		Parcial	Total		
Uso de medicamentos, Toma de signos vitales y constantes metabólicas	1. ¿Necesita ayuda para recordar la toma de los medicamentos, en prepararlos por adelantado y se los entregan para su toma?				
	2. ¿Necesita apoyo para la toma de signos vitales y constantes metabólicas?				
	1. ¿Necesita que los preparen y se los den?				
	2. ¿Necesita apoyo para la toma de signos vitales y constantes metabólicas?				
Uso de ayudas técnicas	1. ¿Necesita que le acerquen las ayudas técnicas?				
	2. ¿Necesita que se las coloquen?				
Tareas del hogar	1. ¿Necesita apoyo para tareas del hogar, ordenar al término de algunas actividades diarias?				
	2. ¿No realiza tareas del hogar?				
Socialización y actividades lúdicas	1. ¿Necesita acompañamiento para deambular fuera del lugar donde habita?				
	2. ¿Necesita apoyo para la comunicación y recibir visitas?				

Acuerdos y observaciones para brindar el apoyo

ACUERDOS Y OBSERVACIONES PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA			
Actividades	Horario	Niveles de desempeño	Tipo de apoyo
Comer			
Bañarse			
Aseo bucal			
Arreglo personal			
Protección de la piel			
Vestirse y desvestirse			

Movilidad			
Ir al baño			
Eliminación			
Higiene del sueño			
ACUERDOS Y OBSERVACIONES PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA			
Uso de medicamentos, toma de signos vitales y constantes metabólicas			
Uso de ayudas técnicas			
Tareas del hogar			

Socialización y actividades lúdicas			
En caso de emergencia llamar a:		Al teléfono:	
Nombre y firma/huella de la persona mayor:			
Acciones a realizar:			
Nombre y firma del cuidador primario:			
Nombre y firma de la persona cuidadora prestadora de servicios:			

Registro de uso de los medicamentos para la persona mayor

Nombre de la persona mayor: _____ Edad: _____

DATOS DE MÉDICOS TRATANTES								
Nombre y especialidad:				Cédula profesional:			Teléfono:	
Nombre y especialidad:				Cédula profesional:			Teléfono:	
Nombre y especialidad:				Cédula profesional:			Teléfono:	
Nombre y especialidad:				Cédula profesional:			Teléfono:	
LISTA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS QUE USA LA PERSONA MAYOR								
Fecha de inicio de uso del medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis	Horario	Vía de administración	Fecha de caducidad	Fecha de suspensión/ término de uso	Motivo de indicación	Referencia (indicado por)
Fecha de última actualización de la lista de medicamentos:				Nombre del cuidador primario:				
Referencias de terapias complementarias/alternativas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Observaciones:				

Reportes de apoyo sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios del Instituto Nacional de Geriátría

Reporte de apoyo sobre las actividades básicas de la vida diaria

Nombre de la persona mayor: _____ Edad: _____ Horario de: _____ a _____

Bañarse		Alimentación	
Tipo:	<input type="checkbox"/> Regadera <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Aseo parcial	Alimentos proporcionados:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Colación
Participación:	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula	Tipo de alimentación:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baja en sal <input type="checkbox"/> Baja en azúcar
Horario:			<input type="checkbox"/> Alergias: <input type="checkbox"/> Otra:
Vestirse		Ingesta de alimentos:	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula
Participación en el vestido y elección de las prendas:	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula	Consistencia:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Blanda/molida <input type="checkbox"/> Líquida
Cambios de ropa:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Más de uno	Cambios en el gusto/apetito:	<input type="checkbox"/> Falta de sabor <input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Otra:
Arreglo personal		Eventualidades:	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dolor al masticar
Cabello:	Cara:		<input type="checkbox"/> Tos al beber
Uñas:	Otro:		<input type="checkbox"/> Lesiones (especificar):
Participación:	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula		<input type="checkbox"/> Otra
Aseo bucal		Movilidad	
Posterior a:	<input type="checkbox"/> Al levantarse <input type="checkbox"/> Rechazó <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Rechazó <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Rechazó <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Rechazó	Apoyo para la movilidad:	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total
Lavado de prótesis:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tiene	Traslados:	<input type="checkbox"/> Coopero <input type="checkbox"/> No cooperó
Eventualidad:	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Otro:	Cambios de posición:	<input type="checkbox"/> Con reloj de posición (cada 2 hrs.) <input type="checkbox"/> A demanda de la persona mayor <input type="checkbox"/> Otra:
Protección de la piel		Apoyo en sesión de ejercicio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tiene indicación <input type="checkbox"/> Otro:
Lubricación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eventualidades	<input type="checkbox"/> Cambios de color en piel <input type="checkbox"/> Mareo al cambiar de posición <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Dolor a la movilidad <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Otra:
Sitios de uso de dispositivos estáticos:			
Lesiones de la piel:	Lugar:		
Observaciones:	Otras:		

Eliminación			
Eliminación urinaria		Molestias en la eliminación	
Uso de:	<input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Cómodo <input type="checkbox"/> Orinal	Micción:	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Con dificultad <input type="checkbox"/> Ardor
No. Micciones:			<input type="checkbox"/> Deseos de seguir orinando
Cantidad:	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Otro:
Olor:	<input type="checkbox"/> Suigéneris <input type="checkbox"/> Intenso	Evacuación:	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Pujo <input type="checkbox"/> Cólicos
Color:	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Roja <input type="checkbox"/> Amarilla <input type="checkbox"/> Turbia		<input type="checkbox"/> Deseos de seguir evacuando
	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Otro:
Episodios de incontinencia urinaria con cambio de ropa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Eliminación por sonda urinaria	
Situación del evento:		Cantidad:	
Eliminación fecal		Fecha de colocación:	
Uso de:	<input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Cómodo	Color:	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Roja <input type="checkbox"/> Amarilla <input type="checkbox"/> Turbia
No. Evacuaciones:		Olor:	<input type="checkbox"/> Suigéneris <input type="checkbox"/> Intenso
Cantidad:	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Moderada	Fijación:	<input type="checkbox"/> Cambio de fijación <input type="checkbox"/> Refuerzo de la fijación
Olor:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Fétido	Eliminación por estoma	
Color:	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Con sangre	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Moderada
	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Otra:
Consistencia:	<input type="checkbox"/> Pastosa/formada <input type="checkbox"/> Líquida	Consistencia:	<input type="checkbox"/> Pastosa/formada <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Semilíquida
	<input type="checkbox"/> Semilíquida <input type="checkbox"/> Dura/seca	Otra:	
Episodios de incontinencia fecal:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Olor:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Fetido <input type="checkbox"/> Otro:
Situación del evento:		Color:	
Sueño			
Horario en que se acostó	Numero de siestas	Medidas de higiene del sueño usadas	
Horario en que despertó	Duración		
Estado de conciencia durante el día:	<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Somnolencia	Participación de la persona mayor en las actividades básicas de la vida diaria	
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula	
Problemas para dormir por la noche:	<input type="checkbox"/> Toda la noche <input type="checkbox"/> Casi toda la noche	Comentarios:	
	<input type="checkbox"/> Solo para quedarse dormido		
	<input type="checkbox"/> Se levanta/despierata varias veces para orinar	Eventualidades	
	<input type="checkbox"/> Otro:		

Formato de control de uso de medicamentos

Nombre de la persona mayor: _____

Registre el horario de la toma del medicamento en el recuadro de la fecha que corresponde.

Ministración de medicamentos mensual: _____																	
Medicamento:			Vía:			Dosis:			Medicamento:			Vía:			Dosis:		
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1			17			1			17			1			17		
2			18			2			18			2			18		
3			19			3			19			3			19		
4			20			4			20			4			20		
5			21			5			21			5			21		
6			22			6			22			6			22		
7			23			7			23			7			23		
8			24			8			24			8			24		
9			25			9			25			9			25		
10			26			10			26			10			26		
11			27			11			27			11			27		
12			28			12			28			12			28		
13			29			13			29			13			29		
14			30			14			30			14			30		
15			31			15			31			15			31		
16						16						16					

Medicamento:			Vía:			Dosis:			Medicamento:			Vía:			Dosis:		
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1			17			1			17			1			17		
2			18			2			18			2			18		
3			19			3			19			3			19		
4			20			4			20			4			20		
5			21			5			21			5			21		
6			22			6			22			6			22		
7			23			7			23			7			23		
8			24			8			24			8			24		
9			25			9			25			9			25		
10			26			10			26			10			26		
11			27			11			27			11			27		
12			28			12			28			12			28		
13			29			13			29			13			29		
14			30			14			30			14			30		
15			31			15			31			15			31		
16						16						16					

M= MAÑANA **T=** TARDE **N=** NOCHE

Registro de la ministración: / = NO HAY EN EXISTENCIA **Horario** (por ejemplo: 8:00) * = Rechazo **A=** Ausencia

Reporte de apoyo sobre las actividades instrumentales de la vida diaria

Nombre de la persona mayor: _____ Fecha: _____ Horario de: _____ a _____

Uso de medicamentos		Uso de ayudas técnicas		Actividades instrumentales físicas		Socialización y actividades lúdicas	
<input type="checkbox"/> Ministrados conforme a indicaciones		<input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andador		Tareas del hogar que realiza la persona mayor:		<input type="checkbox"/> Llamadas telefónicas <input type="checkbox"/> Canto	
Dificultad para la ministración de medicamentos:		<input type="checkbox"/> Grúa <input type="checkbox"/> Muletas		<input type="checkbox"/> Tender su cama <input type="checkbox"/> Doblar su ropa		<input type="checkbox"/> Baile <input type="checkbox"/> Ver TV	
Alergias:		<input type="checkbox"/> Auditivos <input type="checkbox"/> Lentes		<input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Lavar pequeñas prendas		<input type="checkbox"/> Escuchar la radio <input type="checkbox"/> Lectura	
Efectos relacionados con los medicamentos		<input type="checkbox"/> Prótesis dental <input type="checkbox"/> Silla de ruedas		<input type="checkbox"/> Calentar alimentos preparados		<input type="checkbox"/> Visitar museos <input type="checkbox"/> Cine	
<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Comezón		<input type="checkbox"/> Otros:		<input type="checkbox"/> Manejar pequeñas cantidades de dinero		<input type="checkbox"/> Ir al parque <input type="checkbox"/> Juegos de mesa	
<input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Erupción en piel		Condición		<input type="checkbox"/> Otras:		<input type="checkbox"/> Convivencia familiar, amigos	
<input type="checkbox"/> Confusión		<input type="checkbox"/> Descompuesto <input type="checkbox"/> En buen funcionamiento				<input type="checkbox"/> Participación en grupos de personas	
<input type="checkbox"/> Otros:		<input type="checkbox"/> Otros:					
Personas que visitaron o se comunicaron con la persona mayor							
Hora	Nombre	Parentesco o relación con la persona mayor	Duración	Emociones presentadas durante la visita			
Participación de la persona mayor en las actividades instrumentales de la vida diaria				Eventualidades			
<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Nula							
Comentarios:							

Anexos

Carpeta de actividades de la persona cuidadora

Aviso de privacidad (ejemplo)

AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos serán almacenados y manejados de manera seguras; su tratamiento se llevará de conformidad con lo dispuesto que establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la Ley) y su Reglamento en los artículos 16, 18, 21, 22, 25, 26 y 65 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

[Nombre completo del responsable, si se trata de una persona física, o denominación o razón social en caso de ser una persona moral. Se sugiere, en su caso, incluir el nombre comercial], con domicilio en [indicar calle, número, colonia, ciudad, municipio o delegación, código postal y entidad federativa del domicilio para oír y recibir notificaciones], es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- Finalidad principal A (datos generales de identificación)
- Finalidad principal B (Datos sobre su condición de salud)
- Finalidad principal C (datos sobre cuidador/familiar de contacto para situaciones de emergencia)

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Finalidad secundaria A (conocer las principales necesidades de asistencia en domicilio de las personas mayores)
- Finalidad secundaria B

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en [describir medios].

Yo [nombre de la persona mayor/cuidador primario] otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del titular

AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos serán almacenados y manejados de manera seguras; su tratamiento se llevará de conformidad con lo dispuesto que establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la Ley) y su Reglamento en los artículos 16, 18, 21, 22, 25, 26 y 65 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

_____, con domicilio en _____,

es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- Finalidad principal A (datos generales de identificación)
- Finalidad principal B (Datos sobre su condición de salud)
- Finalidad principal C (datos sobre cuidador/familiar de contacto para situaciones de emergencia)

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Finalidad secundaria A (conocer las principales necesidades de asistencia en domicilio de las personas mayores)
- Finalidad secundaria B

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en _____.

Yo _____ otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del titular

Carta de recomendación (ejemplo)

CARTA DE RECOMENDACIÓN

México, Ciudad de México a **[núm. Mes]** de **[mes]** del **[año]**

A quien corresponda:

Por medio de la presente, extiendo mi recomendación personal a **[nombre completo del recomendado]** a quien conozco desde hace **[número de años, meses]**, periodo en el que ha demostrado ser una persona responsable, trabajadora e íntegra.

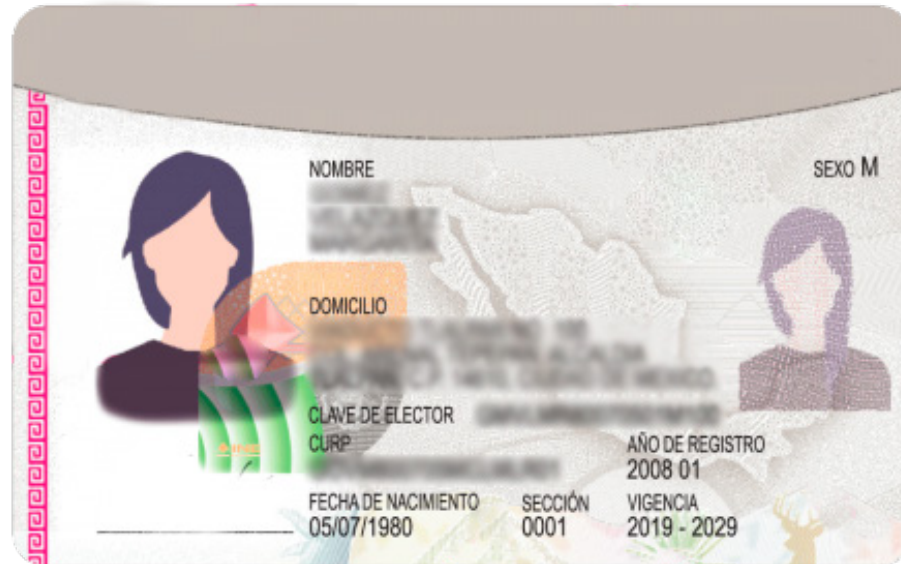
Con la seguridad de que es una persona digna de confianza, con la actitud y capacidad para responder en las actividades de cuidado para una persona mayor. Así también es una persona con una ética intachable que la distingue en el trato a los demás.

Sin más por el momento, reitero mi más sincera recomendación para los fines que **[nombre del lugar de trabajo o empresa]** considere pertinentes. Dejo mis datos de contacto para cualquier verificación de lo aquí mencionado.

Atentamente,

[nombre completo y firma de quien recomienda]
[teléfono de contacto]
[correo electrónico]

Copia de credencial de identificación (ejemplo)



Lista de referencias

1. Amaya, G. Maestre, G. Pino, G. Falque, L. Quintero, M. Arraga, M. Urribari, M. Mora, N. Rojas, O. Segá, O. Rujano, R. Zambrano, R. (2012). Guía práctica para el cuidado de los mayores en el hogar. Ediciones FundaConCiencia.
2. ATENSALUD. (s.f.). Gestión en cuidados generales de enfermería. Mecánica corporal. Recuperado 2021. De <http://www.atensalud.com/2017/03/macanica-corporal-cuidados-posturales.html>
3. Barbiel Ibañez, M., Moreno Barrio, S., & Sanz Urdiales, S. (2011). Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia. Muskiz Udala.
4. Boltz, M., Capezuti, L., Fulmer, T. T., & Zwicker, D. (2020). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, sixth edition. Springer Publishing Company.
5. Cámara de Diputados de la H. Congreso de la Unión (2018). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. <https://bit.ly/3vCajOU>.
6. Campos Dompédro, J. R., Fernández Rodríguez, A. M., García Antón, M. Á., & al., e. (2013). Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes. Madrid: International Marketing & Communication, S. A.
7. Conde, J. (coord.). (2009). LOS CUIDADOS A PERSONAS CON DEPENDENCIA. IL3.universidad de Barcelona. Recuperado el 1 de febrero de 2021. de [cuidados a personas con dependencia.pdf](#)
8. Espín, A., Leyva, B., Vega, E., (...) & Suárez, Z. (Sin año). ¿CÓMO CUIDAR MEJOR? MANUAL PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES. Recuperado el 1 de febrero de 2021. de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Evaluación y Manejo Nutricional en el Anciano Hospitalizado. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/553GER.pdf>
10. Fernández, J. L. (2003). Manual de administración de medicamentos. Badajoz, España: BADAJOZ. Recuperado el 2 de Diciembre de 2021, de https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf
11. INAI. (s. f.). ABC de Aviso de Privacidad. INAI. Recuperado 1 de octubre de 2021, de https://home.inai.org.mx/?page_id=3448
12. Instituto Nacional de Geriátría. (2022). Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios. Ciudad de México: Instituto Nacional de Geriátría.

13. Ministerio de Salud. (2009). Promover calidad de vida y estilos de vida saludable. En P. d. Senama, Manual del cuidador de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía (pág. 67). Chile: Duplika Ltda. Recuperado el 1 de febrero de 2021. de Manual del cuidado de PM dependientes.pdf

14. Murillo, J. (2003). Actividades recreativas a implementar con personas mayores de edad. En J. Murillo, Talleres recreativos para personas mayores, pp. 33- 40. <https://bit.ly/37dzDkd>.

15. Potter, P. (2019). Fundamentos de enfermería. España: Elsevier.

16. Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://bit.ly/3sl9npU>.

17. Organización Mundial de la Salud, USAID y Alianza Internacional de Discapacidad (c.a. 2016) . Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias. OMS. <https://bit.ly/3gPiYqb>.

18. Organización Mundial de la Salud. (2011). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. Madrid.

19. PISA Farmacéutica. (s.f.). <https://www.pisa.com.mx>. Obtenido de https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_2.htm

20. Querejeta González, M. (2004). Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO. Recuperado el 28 de Enero de 2021, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

21. Rodríguez, P. (4 de Noviembre de 2010). La atención integral centrada en la persona.

22. Sánchez, J. (2014) Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. EFDeportes.com, 19 (196). <https://bit.ly/2JTehPW>.

23. Sánchez, N., Yamile, G. y Florio, P. (s.f.). Manual de habilidades comunicacionales para estudiantes de medicina del primer trienio. Comisión Sectorial de Enseñanza. [Archivo PDF]. <https://bit.ly/3tqokNu>.

24. Secretaría De Economía. (2017, 21 junio). Aviso de privacidad. Secretaría de Economía. Recuperado 1 de octubre de 2021, de <https://www.gob.mx/se/acciones-y-programas/del-aviso-de-privacidad-integral-de-la-secretaria-de-economia?state=published>

Carpeta de actividades de la persona cuidadora prestadora de servicios del Instituto Nacional de Geriátría

Instituto Nacional de Geriátría (INGER)

Av. Contreras 428, Col. San Jerónimo Lídice.

Alcaldía La Magdalena Contreras, Ciudad de México C.P. 10200.

México. Se terminó de producir en julio de 2022.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**