

Nombre Cliente:

Nombre Trabajador:

Número de Identificación:

	Fecha	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Proyección COVID-19 (Trabajadores y Clientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hora de Comienzo y Finalización	Entrada							
	Salida							
	Código de Servicio							
	Entrada							
	Salida							
	Código de Servicio							
	Entrada							
	Salida							
	Código de Servicio							
	Entrada							
	Salida							
	Código de Servicio							



2020 W Wells Street
Milwaukee, WI 53233

Main: (414) 290-0050
Toll-Free: (888) 381-5696
Payroll Fax: (414) 755-7063
Payroll Email: hc payroll@mcfi.net

Cambio de Condición

¿Hubo cambios en la función del cliente? Escribe Sí o No. Explique.

Código de Servicio

Atención Domiciliaria de Apoyo (por 15 min) = S5125
Atención Domiciliaria de Apoyo de Rutina (por 15 min) = S5130
Servicios de Cuidado Personales (por 15 min) = T1019

Atención Domiciliaria de Apoyo (por día) = S5126
Cuidado de Acompañantes (por 15 min) = S5135
Servicios de Cuidado Personales (por día) = T1020

¿Hubo algún cambio en la salud física o emocional del cliente? Escribe Sí o No. Explique.

Cuidados Personales	Dom	Lun	Mar	Miér	Jueves	Viernes	Sáb
B/P, P SPO2 Verificar/Registrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisar los Niveles de Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de Catéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posicionamiento Complejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP/BIPAP Máscara para Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia con Medicamento/Recordatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebulizador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxígeno/Asistencia/Administración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rango en Movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferulas/Abrazadera/Quitar/Poner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevador Hoyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse/Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hubo cuidados asignado que no se concluyeron? Escribe Sí o No. Explique.

En caso de cambio de cliente de la condición, llama MCFI Home Care inmediatamente. Estamos disponibles por teléfono las 24 horas del día.

Cuidados Personales/Ayuda en Casa	Dom	Lun	Mar	Miér	Jueves	Viernes	Sáb
Acompañar a la Tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañar Citas Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de Deambulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar Equipo Médico/DME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir/Desvestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes o Gafas/Audifono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra de Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de Cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda con Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavandería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza Ligera de la Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de Comida/Alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de las Uñas no Diabéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afeitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda con Ducha/Baño en Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de la Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medias Ted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para Ir al Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia Simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Enfermera Registrada

Cliente o Representante legal: Mi firma indica que yo confirmo que el trabajador (a) ha trabajado y los servicios han sido proveídos en concordancia con mi plan de cuidado. (Por favor llame a MCFI Home Care si tiene preguntas.)

Firma del Cliente Fecha

Verificación del Empleado: Yo certifico de que el registro de mi tiempo es verdadero y preciso de acuerdo a mis tareas.

Firma del Trabajador Fecha

Nomina de Pagos 2022 Programada para Proveedores de Cuidados en el Hogar

Período de Pago		Fecha de Inicio del Período de Pago (Dom)	Fecha de finalización del Período de Pago (Sáb)	Fecha de Vencimiento de las Hojas de Tiempo (Martes)	Fecha de Pago (Vier)
1	WK1	12/19/21	12/25/21	12/28/21	1/14/2022
	WK2	12/26/21	01/01/22	01/04/22	
2	WK1	01/02/22	01/08/22	01/11/22	1/28/2022
	WK2	01/09/22	01/15/22	01/18/22	
3	WK1	01/16/22	01/22/22	01/25/22	2/11/2022
	WK2	01/23/22	01/29/22	02/01/22	
4	WK1	01/30/22	02/05/22	02/08/22	2/25/2022
	WK2	02/06/22	02/12/22	02/15/22	
5	WK1	02/13/22	02/19/22	02/22/22	3/11/2022
	WK2	02/20/22	02/26/22	03/01/22	
6	WK1	02/27/22	03/05/22	03/08/22	3/25/2022
	WK2	03/06/22	03/12/22	03/15/22	
7	WK1	03/13/22	03/19/22	03/22/22	4/8/2022
	WK2	03/20/22	03/26/22	03/29/22	
8	WK1	03/27/22	04/02/22	04/05/22	4/22/2022
	WK2	04/03/22	04/09/22	04/12/22	
9	WK1	04/10/22	04/16/22	04/19/22	5/6/2022
	WK2	04/17/22	04/23/22	04/26/22	
10	WK1	04/24/22	04/30/22	05/03/22	5/20/2022
	WK2	05/01/22	05/07/22	05/10/22	
11	WK1	05/08/22	05/14/22	05/17/22	6/3/2022
	WK2	05/15/22	05/21/22	05/24/22	
12	WK1	05/22/22	05/28/22	05/31/22	6/17/2022
	WK2	05/29/22	06/04/22	06/07/22	
13	WK1	06/05/22	06/11/22	06/14/22	7/1/2022
	WK2	06/12/22	06/18/22	06/21/22	
14	WK1	06/19/22	06/25/22	06/28/22	7/15/2022
	WK2	06/26/22	07/02/22	07/05/22	
15	WK1	07/03/22	07/09/22	07/12/22	7/29/2022
	WK2	07/10/22	07/16/22	07/19/22	
16	WK1	07/17/22	07/23/22	07/26/22	8/12/2022
	WK2	07/24/22	07/30/22	08/02/22	
17	WK1	07/31/22	08/06/22	08/09/22	8/26/2022
	WK2	08/07/22	08/13/22	08/16/22	
18	WK1	08/14/22	08/20/22	08/23/22	9/9/2022
	WK2	08/21/22	08/27/22	08/30/22	
19	WK1	08/28/22	09/03/22	09/06/22	9/23/2022
	WK2	09/04/22	09/10/22	09/13/22	
20	WK1	09/11/22	09/17/22	09/20/22	10/7/2021
	WK2	09/18/22	09/24/22	09/27/22	
21	WK1	09/25/22	10/01/22	10/04/22	10/21/2021
	WK2	10/02/22	10/08/22	10/11/22	
22	WK1	10/09/22	10/15/22	10/18/22	11/4/2022
	WK2	10/16/22	10/22/22	10/25/22	
23	WK1	10/23/22	10/29/22	11/01/22	11/18/2022
	WK2	10/30/22	11/05/22	11/08/22	
24	WK1	11/06/22	11/12/22	11/15/22	12/2/2022
	WK2	11/13/22	11/19/22	11/22/22	
25	WK1	11/20/22	11/26/22	11/29/22	12/16/2022
	WK2	11/27/22	12/03/22	12/06/22	
26	WK1	12/04/22	12/10/22	12/13/22	12/30/2022
	WK2	12/11/22	12/17/22	12/20/22	