



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

\*Este formulario se llenará por el personal de DCF o por un Proveedor Contratado de Servicios al Cliente en cada fecha de servicio.

<b>Región/Circuito/Institución:</b>	<b>Programa:</b>	<b>Subdivisión:</b>	
<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Compañero <b>Nombre:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Tiempo:</b>	<b>No. del caso.:</b>
<input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Hipoacúsico <input type="checkbox"/> Sordo y Ciego o con Poca visión <input type="checkbox"/> Hipoacúsico y Ciego o con Poca visión <input type="checkbox"/> Sordo y de Fluidez Limitada con el Inglés <input type="checkbox"/> Hipoacúsico y de Fluidez Limitada con el Inglés			
<input type="checkbox"/> Cita Programada <input type="checkbox"/> Cita no programada		<input type="checkbox"/> Ausente	<b>Fecha/Hora:</b>
<b>Nombre del personal que llena el formulario:</b>			

### Sección 1: Evaluación de comunicación

<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Re-evaluación <input type="checkbox"/> Cita subsecuente
<b>Capacidad individual de comunicación:</b>
<b>Tipo, duración e importancia de Situación de Comunicación Anticipada:</b>
<input type="checkbox"/> El Plan de Comunicación completado para visitas múltiples o de largo plazo <input type="checkbox"/> No aplica
<input type="checkbox"/> Situación de Comunicación de Ayuda Esencial <input type="checkbox"/> Situación Comunicación de Ayuda No Esencial
<b>Número de personas envueltas en comunicación:</b> <b>Nombres:</b>
<b>Estado de salud individual para los que buscan servicios médicos:</b>

### Sección 2: Ayuda/servicio auxiliar solicitado y provisto

<b>Tipo de ayuda/servicio auxiliar solicitados:</b> <b>Fecha solicitada:</b> _____ <b>Hora solicitada:</b> _____
<b>Naturaleza de la ayuda/servicio auxiliar provistos:</b> <b>Intérprete de lenguaje de señas:</b> <input type="checkbox"/> Intérprete certificado <input type="checkbox"/> Personal cualificado <input type="checkbox"/> <b>Servicio de intérprete remoto por video</b> <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Ayuda para llenar formularios <input type="checkbox"/> Servicios de retransmisión de video <input type="checkbox"/> Retransmisión Florida <input type="checkbox"/> Material escrito <input type="checkbox"/> CART <input type="checkbox"/> Otro:
<b>Estatus del servicio interpretativo:</b> <input type="checkbox"/> Hora de Llegada: _____ <input type="checkbox"/> El cliente quedó satisfecho <input type="checkbox"/> El personal quedó satisfecho <input type="checkbox"/> No se presentó <input type="checkbox"/> Cancelaciones
<b>Ayudas o servicios auxiliares alternos provistos, incluyendo la información en CD o en diskette, cinta de audio, Braille, materiales traducidos en letra grande:</b>
<b>Fecha y Hora provistas:</b>

### Sección 3: Servicios Adicionales Requeridos



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

¿Fue la comunicación eficaz?  Sí  No ¿Si no, explique por favor porqué la comunicación no fue eficaz?  
¿Qué acción se realizó para asegurar la comunicación eficaz?

### Sección 4: Notificación a Agencia de Referido

Nombre de la agencia de referidos:

Fecha de referido: La información provista con respecto a necesidades de ayuda y servicios auxiliares:

### Sección 5: Negación por el Departamento de Ayuda y Servicios Auxiliares:

Por qué razón solicitó la ayuda y servicios auxiliares no provistos:

Determinación de denegación hecha por el Director Regional/Administrador del Circuito/Administrador de Hospital o Persona Designada, o el Proveedor Contratado de Servicios al Cliente o su Persona Designada:

Fecha de la denegación:

Hora de la denegación:

**Las denegaciones se deben hacer solamente contra ayudas de comunicación no esenciales. Sin embargo, el personal debe aun así asegurarse de que la comunicación sea eficaz por cualesquiera medios alternos que se provean. La determinación de la denegación la puede hacer solamente el Director Regional/Administrador del Circuito/Administrador de Hospital o Persona Designada, o el Proveedor Contratado de Servicios al Cliente o su Persona Designada**

### Plan de Comunicación para Servicios Continuos

Durante la evaluación inicial, o re-evaluación, si se determina que se necesitan **visitas múltiples o de largo plazo**, se formará un plan de comunicación. Los servicios continuarán siendo provistos a los Clientes o a los Compañeros, durante el período entero de hospitalización, internación, tratamiento a largo plazo o visitas subsecuentes del Cliente. Hable con el Cliente o Compañero acerca del modo preferido de comunicación en cada una de las siguientes situaciones continuas de comunicación. e incorpórelas en el plan del caso. La lista siguiente no es exhaustiva y no implica que no haya otras situaciones de comunicación que en la cual se puedan encontrar. **Referirse a las instrucciones para explicaciones adicionales.**

- Inscripción/entrevista:
- Médico:
- Dental:
- Salud mental:
- Seguridad:
- Programas:
- Viajes fuera del campus:
- Legal:
- Servicio Alimenticio/Nutricionista



EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y  
REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

Firma de la persona que llena el formulario:	Fecha:
Firma del Cliente o Compañero:	Fecha:

**Este formulario se mantendrá en el archivo del cliente.**



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

### INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

El propósito de la Evaluación De Comunicación Para Cliente o Compañero y Registro De Ayuda y Servicios Auxiliares es de facilitar la colección y la coordinación Ayuda y Servicios Auxiliares provistos a los clientes o a los compañeros que son sordos o Hipoacúsicos. Se recomienda que la persona o personas que se han señalado para llenar el formulario se familiaricen con el contenido para que así podamos identificar fácilmente las necesidades de nuestros clientes y compañeros.

#### **INICIO:**

Se debe llenar el formulario para cada fecha del servicio. Toda la información debe ser legible. Toda la información solicitada debe ser incluida en la forma.

**Indique a su región/circuito/institución:** Por ejemplo:

- Si usted trabaja en Pensacola, entonces usted pondría: Noroeste/Circuito 1;
- Si usted trabaja en el Hospital Estatal de Florida, entonces usted pondrá: Noroeste/Circuito 2/FSH. ó
- Si usted es un proveedor en la región del noroeste usted pondrá: Región Noroeste/Número de Circuito/Nombre de Proveedor

**Programa:**

- Por ejemplo: Seguridad Familiar, ACCESS, Salud Mental, y así sucesivamente.

**Subdivisión:**

- Por ejemplo: Si su programa es ACCESS, entonces su subdivisión puede ser – centro de llamadas, cupones de alimentos, Medicaid, y así sucesivamente.

**Usted debe identificar si el individuo servido es un cliente o un compañero.**

- Un **Cliente** es un individuo que busca o recibe servicios del Departamento o de cualquiera de sus Proveedores Contratados para Servicios
- Un **Compañero** es un individuo que es sordo e hipoacúsico y se comunica de parte del cliente con el Departamento o cualquiera de sus Proveedores Contratados para Servicios.

**Incluya el nombre, la fecha y la hora del contacto, y el número del caso u otra cosa identificadora:**

- Excluya el número de Seguridad Social, la fecha de nacimiento, la licencia de conductor, etc.

**Indique si el individuo es: Marque un cuadrado solamente.**

- Sordo o Hipoacúsico: Esto es una persona con pérdida de audición, poca o permanente, que requiere el uso de ayudas y servicios auxiliares.
- Sordo y Ciego o con Poca visión: Esto es una persona con cualquier pérdida de visión.
- Hipoacúsico y Ciego o con Poca visión, según se describe arriba.
- Sordo y de Fluidez Limitada con el Inglés: Ésta es una persona no habla inglés, o tiene capacidad limitada para leer, hablar, escribir, o entender el inglés.
- Hipoacúsico y de Fluidez Limitada con el Inglés, según se describe arriba.

**Identifique si es una cita programada o si es una cita no programada:**

- **Cita programada** - Debe tener un intérprete certificado disponible a la hora de la cita programada. Si el intérprete no puede aparecer, el personal tomará cualesquiera acciones adicionales sean necesarias para poner a un intérprete certificado a disposición el cliente o compañero cuanto antes, pero en ningún caso más allá de **dos (2) horas** después de la cita programada.



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

- **Cita no programada** – En situaciones de emergencia el intérprete se hará disponible cuanto antes, pero de ningún modo más allá de dos (2) horas a partir de la hora en que el cliente o compañero o el personal solicite un intérprete, lo que sea más pronto. Si la situación no es una de emergencia, el personal ofrecerá programar una cita (y proporcionar a un intérprete cuando sea necesario para la comunicación eficaz) a conveniencia del cliente o compañero, **por lo menos por el día laboral próximo.**

### Es muy importante incluir el nombre del miembro de personal que llena esta evaluación.

- Por favor escriba en letra de molde o asegure que su cursivo sea legible.

### SECCIÓN 1: EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN:

#### Evaluación inicial:

- Marque el cuadrado si esto es una evaluación inicial.
- Las evaluaciones iniciales se hacen al primer contacto con el cliente o compañero.

#### Reevaluación:

- Marque el cuadrado si esto es una reevaluación.
- En caso que la comunicación no sea eficaz, o si el tipo de comunicación cambia perceptiblemente después de la evaluación inicial, el personal realizará una reevaluación para determinar cuales ayudas o servicios auxiliares apropiados son necesarios.
- Esto se cumplirá, cuando sea posible, consultando con el cliente o compañero.

#### Cita subsecuente: Marque el cuadrado apropiado.

#### Capacidad Individual de Comunicación:

- Consulte siempre con el cliente o el compañero cuando es posible a determinarse qué ayudas auxiliares y servicios apropiados son necesarios asegure la comunicación eficaz.

#### Tipo, duración, e importancia de la situación de comunicación anticipada:

- La evaluación considerará el tipo, la duración, y la importancia de la comunicación en mano y las situaciones de comunicación anticipadas.
- Esta sección se debe llenar con mucho detalle, pues ésta asistirá a determinar si la comunicación es de tipo en que ayuda es esencial o ayuda no es esencial.
- Consulte con el cliente o el compañero en lo posible para determinar qué tipo de ayuda o servicio auxiliar es necesario para asegurar la comunicación eficaz.
- Utilice esta información para ayudarle a determinar si un plan de comunicación es necesario.
- Usted puede adjuntar hojas adicionales que detallen esta información.

#### Estado de salud individual o preocupaciones médicas:

- No utilice dispositivos electrónicos o equipo que pueda interferir con equipo médico o de monitoreo o que pueda constituir, en otra manera, una amenaza a la condición médica de cualquier cliente.
- Usted tiene que proveer medios alternos de comunicación eficaz y documentar esta información en la carta médica o en el archivo de caso.

#### Llene un plan de comunicación para visitas múltiples o a largo plazo previsible.

- El plan de comunicación para servicios continuos se utiliza típicamente en Facilidades de Tratamiento de la Salud Mental, y otras Facilidades de Servicio al Cliente Directo en donde los clientes residen por períodos de largo tiempo y o sostienen numerosas comunicaciones con el personal en las cuales la duración y complejidad varían, y se determinan como **Situaciones de Comunicación con Ayuda Esencial.**
- El término **Situaciones de Comunicación con Ayuda Esencial**, significará cualquier circunstancia en la cual la importancia, la duración, y la complejidad de la información que es transportada sea tal que el



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

intercambio de la información entre las partes se debe considerar como “**Ayuda Esencial**”, significando que la ayuda o servicio auxiliar solicitado será provisto siempre.

- Las situaciones de la comunicación diferenciarán de programa en programa, por lo tanto usted necesitará identificar todas las situaciones donde usted tendrá contacto con un cliente o compañero y desarrollar un plan de cómo comunicarse con ellos.
- Durante visitas de seguimiento o cuidados a largo plazo, no se requieren las peticiones subsecuentes del cliente o compañero para ayudas o servicios auxiliares apropiados, porque esto ya se cubre con el plan de comunicación.
- En cada situación que requiera una ayuda auxiliar (**si Ayuda Esencial o Ayuda No-Esencial**), usted **tiene que** identificar en el plan **el nombre y el cargo de la persona responsable de asegurarse que se proporciona la ayuda auxiliar.**
- Usted debe también proporcionar una descripción de la información que esta siendo comunicada al cliente o al compañero.

**Ejemplo: Tipo de ayuda:** Intérprete de ASL

**Propósito de la ayuda:** Clase de GED – instrucciones como prepararse para la próxima prueba

**Persona responsable de obtener la ayuda auxiliar:** Juana Empleada, Administradora de Casos

- En la tabla siguiente, usted verá una lista de las situaciones de comunicación que se incluyen en un plan de comunicación. Esta lista no es exhaustiva y no implica que no haya otras situaciones de comunicación que puedan ser “**Ayuda-Esencial**” en situación de internada o durante visitas a largo plazo.
- También, la lista no implica que es cada situación de la comunicación enumerada **Ayuda-Esencial**. Algunas situaciones de comunicación pueden ser **Situación de Comunicación Ayuda No-Esencial**, por lo tanto, la última decisión en cuanto a qué medidas tomar resta del personal de DCF y Proveedores Contratados para Servicios a Clientes del DCF a condición de que den la consideración primaria a la petición del cliente o del compañero y que el método elegido resulte en una comunicación eficaz.

### Inscripción/entrevista:

- Durante la **Provisión** de los derechos, consentimiento informado, o permiso de un cliente para el tratamiento
- Durante **Determinación** de la elegibilidad para beneficios públicos durante los procesos de inscripción y revisión, excepto durante el registro inicial para Cupones de Alimentos.
- **Médico:**
  - **Determinación** del historial medico, psiquiátrico, sicosocial, alimenticio, y funcional del cliente o una descripción de la condición, dolencia lesión.
  - **Determinación** y explicación de la diagnosis o pronóstico del cliente, y condición actual;
  - **Explicación** de procedimientos, de exámenes, de opciones de tratamiento, o de cirugía
  - **Explicación** de los medicamentos prescritas, tales como la dosificación, instrucciones para cómo y cuándo se debe tomar los medicamentos, efectos secundarios posibles o interacciones de la droga o alimentos.
  - **Discusión** de los planes de tratamiento
  - **Explicación** en relación a tratamientos de seguimiento, terapias, resultados de pruebas, o recuperación
  - **Durante** visitas de la enfermera
- **Dental:**
  - **Explicación** de procedimientos, pruebas, opciones de tratamiento, o cirugía
  - **Explicación** de radiografías
  - **Instrucciones** sobre el aseo propio, es decir, lavarse los dientes, limpiarse con hilo dental, etc.
- **Salud mental:**



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

- **Provisión** de evaluaciones psicológicas o psiquiátricas, de terapia de grupo e individual, asesoramiento, y otras actividades terapéuticas, incluyendo pero sin limitarse a la consejería del dolor y la intervención contra crisis
- **Provisión** del planificación para el alta e instrucciones de alta.
- **Seguridad:**
  - **Comunicación** de la información relevante previo o tan pronto posible después de ponerle amarres a una persona, que incluyen, pero sin limitarse, al propósito de usar los amarres y las condiciones bajo las cuales se le quitarían los amarres.
  - **Comunicación** de los procedimientos de emergencia, de los simulacros de incendio, del etc.
- **Programas:**
  - **Presentación** de clases educativas referentes los programas de DCF y/o a otra información relacionada con los planes de administración de tratamientos y casos;
- **Viajes fuera del campus o actividades recreacionales:**
  - De compras
  - Parques temáticos
- **Legal:**
  - **Procedimientos de los Tribunales**
  - **Audiencias de Apelación**
  - **Proceso de Querellas y Agravios**
  - **Investigación** por servicios protectores de niños participando de entrevistas y visitas /inspecciones al hogar
  - **Investigación** por servicios protectores de adultos participando de entrevistas, y visitas/inspecciones al hogar
- **Servicio alimenticio/Nutricionista**
  - **Discusión** sobre las restricciones de alimentos y preferencias

### **SECCIÓN 2: AYUDA/SERVICIO AUXILIAR SOLICITADO Y PROVISTO**

- Documente todas las Ayuda y Servicios Auxiliares solicitadas y provistas al cliente
- Indique la fecha y la hora en que el servicio fue provisto.
- Cuando un intérprete no se presenta, el personal marcará el cuadrado al lado, y documentará en la sección 3 qué medidas adicionales fueron tomadas para conseguir un intérprete como sea necesario. Esto puede requerir que adjunte una hoja/s adicional/es al formulario, para documentar este proceso.

#### **Ayudas o servicios auxiliares alternos provistos:**

- El personal puede utilizar ayudas o servicios auxiliares alternos, en las situaciones siguientes, la lista no es totalmente inclusiva en ejemplos:
  - Mientras que espera que llegue el intérprete;
  - Durante citas sin programar o situaciones de emergencia;
  - Durante situaciones de comunicación de ayuda no-esencial;
  - Durante situaciones que puedan constituir una amenaza a la condición médica del cliente o compañero;



## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

- Cuando lo pide el cliente o compañero.

### **SECCIÓN 3: LOS SERVICIOS ADICIONALES REQUERIDOS:**

- Cuando se determina que la ayuda auxiliar y servicio provistos no son eficaces, el personal conducirá una reevaluación de la necesidad de comunicación para determinar la ayuda auxiliar alterna apropiada.
- Cuando el personal ha determinado que el intérprete no satisfizo sus expectativas o las del cliente o del compañero, él documentará en esta sección e indicará qué pasos adicionales fueron tomados por el personal.

### **SECCIÓN 4: NOTIFICATION A AGENCIA DE REFERIDOS:**

- Dar previo aviso a las agencias de referidos sobre la ayuda auxiliar solicitada por el cliente o compañero.
- Esta sección se debe documentar con una declaración que indica que el personal notificó a la agencia de referido referente a la ayuda o servicio auxiliar solicitado por el cliente o compañero.

### **SECCIÓN 5: DENEGACIÓN DE AYUDA/SERVICIO AUXILIAR:**

- Una denegación de una ayuda o servicio auxiliar debe hacerse solamente cuando es **ayuda no-esencial** a la comunicación
- El personal debe aun así asegurarse de que la comunicación sea eficaz mediante los medios alternos que se proporcionen.
- El personal de DCF y Proveedores Contratados para Servicios a Clientes de DCF debe proporcionar una razón para la denegación del servicio.
- Las denegaciones se pueden hacer solamente por el personal señalado.
- Proporcione el nombre y el cargo de la persona que hizo la determinación de denegación, junto con la hora y la fecha.

### **RENUNCIA A LOS SERVICIOS GRATIS DE INTÉRPRETE**

- Si el cliente o compañero rehúsan la oferta del DCF y Proveedores Contratados para Servicios a Clientes de DCF, de proporcionar ayuda y servicios Auxiliares gratis, el personal tiene que llenar y explicar en el formulario apropiado el método de comunicación preferido del cliente o compañero.
- El personal de DCF y Proveedores Contratados para Servicios a Clientes de DCF, deben estar preparados para conseguir la ayuda auxiliar o servicio auxiliar apropiado en situaciones de comunicación que sean de tipo Ayuda-Esenciales; y observe y asegúrese de que la ayuda auxiliar o servicio auxiliar preferidos por el cliente o compañero sean eficaces.

**El formulario original se debe poner en la carta médica o archivo del caso del cliente. Una copia del formulario se debe proporcionar a la persona Único-Punto-Comunicativo o al Coordinador ADA/Sección 504 designado, junto con una copia del formulario correspondiente de Petición de Comunicación Gratis o formulario de Renuncia a Comunicación Gratis y el Informe de Resumen Mensual.**





## EVALUACIÓN DE COMUNICACIÓN DE CLIENTE O COMPAÑERO Y REGISTRO DE AYUDA Y SERVICIOS AUXILIARES

La ley federal requiere que el Departamento Niños y Familias de la Florida y sus Proveedores Contratados para Servicios a Clientes provean ayudas y servicios auxiliares apropiados cuando sea necesario para asegurar que la comunicación sea eficaz con los individuos con discapacidades. Tales ayudas y servicios auxiliares pueden incluir: Interpretes cualificados en lenguajes de señas u orales , tomadores de notas, servicios de transcripción en vivo con ayuda de computadoras, materiales escritos, amplificadores de teléfonos, dispositivos auxiliares para oír, sistemas auxiliares para oír, teléfonos compatibles con audífonos, decodificadores de subtítulos cerrados, subtítulos abiertos y cerrados, monitores de texto-video, y equipos tele-escritores.