



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 1

Caso Núm: _____

HOJA DE CERNIMIENTO

Fecha: _____
Nombre del solicitante: _____ Teléfono: _____
Relación con el perjudicado: _____

Información Sobre La Persona de Edad Avanzada:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Número de Seg. Social: _____
¿Con quien reside? _____
Fuente de ingresos: _____

Breve Descripción del Caso:

Programa al que se Refiere

- Programa de Protección y Defensa de las Personas de Edad Avanzada
- Programa de Protección a Personas de Edad Avanzada Víctimas del Crimen
- Programa de Protección y Defensa a Residentes en Establecimientos de Cuidado de Larga Duración.

Atendido por: _____

Posición: _____

**La Oficina de la Procuradora de la Personas de Edad Avanzada y sus Agencias de Área, Regiones I y II, no discriminan por razones de edad, sexo, origen étnico, color, condición social, condición económica, ideas políticas, religiosas o impedimento en las actividades y servicios que se coordinen o en las oportunidades de empleo.*

Rev. 1/06



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
 OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
 PERSONAS DE EDAD AVANZADA
 AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 2
SOLICITUD DE INTERVENCION

Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Teléfono: _____

Relación con el perjudicado: _____

Información Sobre el Perjudicado:

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Con quién reside? _____

Fuente de ingresos: _____

<i>Protección</i>	<i>Querellas contra Agencias Públicas, Privadas, Municipios</i>
"Maltrato"	<input type="checkbox"/> Depto. del Trabajo Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Abuso Emocional	<input type="checkbox"/> Depto. de la Vivienda
<input type="checkbox"/> Negligencia	<input type="radio"/> Solicitud de Vivienda <input type="radio"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Negligencia propia	<input type="radio"/> Reparación
<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Depto. de la Familia
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="radio"/> Ama de Llaves <input type="radio"/> PROSPERA
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="radio"/> Institucionalización <input type="radio"/> PAN
<input type="checkbox"/> Robo	<input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> TANF
<input type="checkbox"/> Apropiación Ilegal	<input type="checkbox"/> Depto. de Salud
<input type="checkbox"/> Amenaza	<input type="radio"/> Salud Ambiental <input type="radio"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Fraude	<input type="radio"/> Retardación Mental
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> ASSMCA
Especifique _____	<input type="radio"/> Institucionalización <input type="radio"/> Otro _____
	<input type="radio"/> Tratamiento
"Violación de Derechos"	<input type="radio"/> Servicio
<input type="checkbox"/> Correspondencia	<input type="checkbox"/> Junta de Calidad Ambiental Especifique _____
<input type="checkbox"/> Discrimen	<input type="checkbox"/> Sistema de Retiro Especifique _____
<input type="checkbox"/> Restricción de Derechos	<input type="checkbox"/> ARPE Especifique _____
<input type="checkbox"/> Descuentos en actividades,	<input type="checkbox"/> Depto. Transportación Obras Públicas Especifique _____
y transportación	<input type="checkbox"/> Depto. Asuntos del Consumidor Especifique _____
<input type="checkbox"/> Fila Expreso	<input type="checkbox"/> Telefónica de Puerto Rico Especifique _____
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Autoridad Energía Eléctrica Especifique _____
Especifique _____	<input type="checkbox"/> Autoridad Acueductos y Alcantarillado Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Centro Actividades Múltiples Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Egidas Especifique _____
<input type="checkbox"/> Amenaza de suicidio	<input type="checkbox"/> Municipio Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Otros Especifique _____

Remedio Solicitado

- Mediación de Conflictos
- Vista Administrativa

Descripción del Caso:

Plan de Acción:

Atendido por: _____

Posición: _____

**La Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada y sus Agencias de área, Regiones I y II, no discriminan por razones de edad, sexo, origen étnico, color, condición social, condición económica, ideas políticas, religiosas o impedimento en las actividades y servicios que se coordinen o en las oportunidades de empleo.*

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA
Anejo 4**

TIPO DE MALTRATO/ NEGLIGENCIA/ABUSO	EJEMPLO DE INDICADORES, TALES COMO Y SIN LIMITARSE A:
Maltrato Físico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quemaduras sin explicación. ➤ Lesiones incompatibles con historial del cliente. ➤ Lesiones que no han recibido atención adecuada. ➤ Restricción física y química no recomendada médicamente. ➤ Evidencia de administración inadecuada de la medicación, sobre medicación o baja medicación. ➤ Hematomas en áreas no visibles o cubiertas. ➤ Magulladuras, contusiones, golpes, moretones sin explicación: <ul style="list-style-type: none"> a) En la parte superior de los brazos. b) En la parte central del cuerpo (columna vertebral, espalda). c) Marcas de objetos (correas, sogas) usadas para restringir a la persona, especialmente en las muñecas o tobillos. d) Marcas de golpes o lesiones viejas y nuevas, simultáneamente. e) Otros golpes, tales como, cortaduras, fracturas, etc. ➤ Rehusar llevar a la misma sala de emergencias del hospital o médico para lesiones que se repiten.

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA
Anejo 5**

TIPO DE MALTRATO/ NEGLIGENCIA / ABUSO	EJEMPLO DE INDICADORES, TALES COMO Y SIN LIMITARSE A:
Abuso Sexual	<ul style="list-style-type: none">➤ Irritaciones urinarias o infecciones frecuentes del tracto genito-urinario.➤ Sangramiento o descarga vaginal o anal.➤ Ropa interior rasgada o con manchas de sangre.➤ Retraimiento, confusión súbita.➤ Dificultad para caminar o sentarse.➤ Temor de dejarse vestir o bañar, cuando requiere asistencia.➤ Enfermedades de transmisión sexual.➤ Machucones y magulladuras en el pecho.

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA
Anejo 6**

TIPO DE MALTRATO/ NEGLIGENCIA/ABUSO	EJEMPLO DE INDICADORES, TALES COMO Y SIN LIMITARSE A:
<p>Maltrato Emocional</p>	<p>Hacia el adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo ➤ Humillación ➤ Amenazas (incluyendo la de remover de un establecimiento) ➤ Insultos, gritarle y ordenarle a hacer cosas, con impaciencia ➤ Abandono ➤ No permitir salir del establecimiento sin justificación ➤ No permitir recibir visita ➤ Recriminar o pegar porque se ensució su ropa o cama ➤ Tratar como a un niño ➤ No respetar su privacidad ➤ Trato y manejo áspero del adulto <p>Conducta del Adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de comunicación y respuesta ➤ Actitud evasiva ➤ Temor o sospechas infundadas ➤ Aislamiento

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA
Anejo 7**

TIPO DE MALTRATO/ NEGLIGENCIA/ABUSO	EJEMPLO DE INDICADORES, TALES COMO Y SIN LIMITARSE A:
<p style="text-align: center;">Negligencia</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Falta de higiene, tales como olor a orines y heces fecales➤ Falta de supervisión por períodos prolongados de tiempo➤ Falta de atención a necesidades médicas➤ Falta de dieta necesaria de acuerdo a su condición y edad➤ Malnutrición y deshidratación sin enfermedad que lo justifique➤ Movilidad limitada sin causa aparente o por falta de ayuda➤ Persona a cargo del cuidado del adulto no está capacitado para hacerlo



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA**

AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 8

HOJA DE DETERMINACIÓN DE SERVICIOS

Yo, _____, por este medio
(_____ acepto ____ no acepto) el servicio que me ofrece la Oficina.

Por otro lado, (_____ autorizo, ____ no autorizo), al personal de la
Agencia de Área Región _____, a divulgar información confidencial
relacionada a la situación que le referí sobre,

**Nota: Si autorizó la divulgación de información confidencial favor
de especificar a que personas o agencias:**

Tengo conocimiento de que el personal de la Agencia de Área
Región _____ tiene la intención de realizar gestiones en mi beneficio.

Firma de la Persona de Edad Avanzada

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Posición

Fecha

OPPEA 06 DS



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD
AVANZADA**

AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 9

HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

Yo, _____, por este medio
(_____ acepto _____ no acepto) que el personal de la Oficina tome
fotografías de:

- Mi persona**
- Mi propiedad**
- Mi persona y la propiedad.**

Esto será con el propósito de ayudar en la solución a la situación
sobre _____.

Tengo conocimiento de que el personal de la Oficina tiene la
intención de realizar gestiones en mi beneficio.

Firma de la Persona de Edad Avanzada

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Posición

Fecha

OPPEA 06 TF



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 11

FORMULARIO DE VISITAS

I. Datos Personales:

A. Nombre del Cliente: _____

B. Dirección: _____

C. Teléfono: _____ **D. Edad:** _____ **E. Sexo:** _____

F. Fuentes de ingreso: _____

II. Propósito de la visita: _____

III. Hallazgos:

A. Condiciones Higiénicas del Cliente:

B. Condiciones Higiénicas de la Vivienda:

C. Condiciones de Salud:

D. Plan o Planes Médicos:

Formulario de Visitas
Pág. 2

E. Datos Relevantes de la Entrevista con el Cliente:

F. Entrevista a Colaterales:

IV. Sistemas de Apoyo:

A. Recursos Familiares:

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación con Cliente

B. Recursos en la comunidad:

C. Servicios que Recibe: (ama de Llaves, nutrición en el hogar, etc.)

V. Comentarios:

Nombre del Entrevistador _____

Firma

Fecha _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

REGIÓN _____

OPPEA 04-05-02

HOJA DE COTEJO DE LA INICIATIVA DE CERNIMIENTO NUTRICIONAL
"DETERMINE SU SALUD NUTRICIONAL"

Anejo 12

Las señales de aviso de una mala salud nutricional son frecuentemente ignoradas. Utilice esta lista para determinar si la persona se encuentra en **riesgo nutricional**.

Lea las oraciones de abajo. Encierre en un círculo el número de la columna **SI**, si las oraciones son verdaderas para la persona entrevistada.

Información del Cliente:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Centro () _____

Hogar () _____

Comunidad () _____

	Fecha:				
ASEVERACIONES		SI	SI	SI	SI
Tiene una enfermedad o condición que le hace cambiar la clase o la cantidad del alimento que ingiere.		2	2	2	2
Consumo menos de dos comidas al día.		3	3	3	3
Consumo pocas frutas, vegetales o productos de leche.		2	2	2	2
Ingiera 3 o más bebidas alcohólicas casi todos los días		2	2	2	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan comer.		2	2	2	2
Carece de dinero suficiente para comprar los alimentos que necesita.		4	4	4	4
Come solo la mayor parte de las veces.		1	1	1	1
Ingiera diariamente tres (3) o más medicinas diferentes, recetadas o sin receta.		1	1	1	1
Ha perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.		2	2	2	2
Necesita asistencia para ir de compras, cocinar o alimentarme.		2	2	2	2
	TOTAL				
	CATEGORIA				
	Administrado por (Iniciales)				
	Puesto (Véase Código)				

Sume el resultado para determinar la categoría, según se especifica continuación:

Puntuación	Categoría	Re-evaluar
0 - 2	Bueno	En 6 meses
3 - 5	Moderado	En 3 meses
6 ó más	Alto Riesgo	Consulte con el médico, dietista u otro profesional

Al administrar el instrumento de cernimiento, asegúrese de escribir la fecha, las iniciales y el puesto en la columna correspondiente. Para el puesto utilice el siguiente código:

Puesto	Código
Enfermera	E
Técnico de Trabajo Social	TTS
Trabajador Social	TS

Esta lista ha sido desarrollada y distribuida por la INICIATIVA DE CERNIMIENTO NUTRICIONAL, un proyecto de:

- The American Academy of Family Physicians.
- The American Dietetic Association.
- The National Council on the Aging, Inc.

* Recuerde que las señales de aviso sugieren riesgo, pero no representan el diagnóstico de ninguna condición.



OPPEA 04-05-01

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

REGIÓN _____

HOJA DE COTEJO PARA DETERMINAR
“IMPEDIMENTO FUNCIONAL”

Anejo 13

Información del Cliente:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Vive Solo: Sí _____ No _____

Zona en la que vive: Urbana _____ Rural _____

Centro () _____

Hogar () _____

Comunidad () _____

I. Instrucciones: Lea las aseveraciones en la siguiente tabla. Marque con una (X) si la persona de edad avanzada necesita ayuda para realizar las actividades del diario vivir.

	Fecha:				
ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR	SI	SI	SI	SI	SI
1. Necesita ayuda para levantarse y acostarse					
2. Requiere ayuda para el uso del inodoro					
3. Necesita ayuda para alimentarse					
4. Requiere ayuda para vestirse					
5. Necesita ayuda para bañarse					
6. Pierde el control de la orina y de la evacuación					
TOTAL					
CATEGORIA					
Administrado por (Iniciales)					
Puesto (Véase Código)					

	Fecha:				
	SI	SI	SI	SI	SI
<i>Persona frágil que presenta condición de Salud Mental, la cual le limita realizar las actividades del diario vivir. Esta aseveración es igual a dos (2) o más funciones deterioradas.</i>					

II. Instrucciones:

Sume el resultado para determinar la categoría, según se especifica a continuación:

Puntuación	Categoría
Funciones Deterioradas 0 – 1	No Frágil
2 – 7	Frágil

Al administrar el instrumento de cenimiento, asegúrese de escribir la fecha, las iniciales y el puesto columna correspondiente. Para el puesto utilice el siguiente código:

Puesto	Código
Enfermera	E
Técnico de Trabajo Social	TTS
Trabajador Social	TS

Esta planilla debe ser administrada por el personal de salud, de no estar disponible lo cumplimentará el Trabajador Social o Técnico Social. Dicho documento debe ser archivado en el expediente de Salud.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 15

HOJA DE REFERIDO

Fecha:

A:

RE: _____

De:

VO BO:

Le estamos refiriendo la situación de la persona descrita en el epígrafe para los servicios que describimos a continuación:

Agradeceremos nos informe la acción tomada en o antes de quince (15) días laborables, en el espacio que se provee a continuación.

ACCION TOMADA Nombre del Cliente: _____

Nombre del Intercesor: _____

Caso fue evaluado con los siguientes resultados:

Cualificó para servicios **En lista de espera** **no cualificó**

Cliente rechazó los Servicios

Fue Referido a Otra Agencia **Nombre de la agencia:** _____

No se ha tomado Ninguna Acción --- Motivo: _____

Fecha: _____

Firma y Posición: _____

OPPEA 06 HR



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 16

HOJA DE ACCION TOMADA

Fecha: _____

A: _____

RE: _____

De: _____

Vo.Bo.: _____

Le estamos notificando la acción tomada con la persona descrita en el epígrafe, la cual fue referida por usted.

De tener alguna duda puede comunicarse con quien suscribe a los siguientes teléfonos _____.

Gracias por su gestión en pro de la calidad de vida de nuestros ciudadanos de edad avanzada.

OPPEA 06 AT



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 17

HOJA DE CIERRE DE CASO

Nombre de la Persona de Edad Avanzada: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha en que se recibió el caso: _____

Fecha de Cierre: _____

Razones para el cierre del caso:

Firma y Posición:



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE ÁREA REGION _____

NOTIFICACION DE CIERRE DE CASO

Nombre de la Persona de Edad Avanzada: _____

Dirección: _____

Le estamos notificando que su caso se procede a cerrar debido a que:

- No se justifica la concesión de un remedio de los que la Oficina está facultada a conceder
- Su situación ha sido resuelta
- Las partes han desistido
- La situación no se evidenció
- Usted desistió o retiró la querrela voluntariamente
- La querrela está siendo investigada por otra Agencia u Oficina y esto representa duplicidad para actuar sobre la misma
- Falta de interés del querellante
- Otra razón: Explique _____

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Oficina, tiene disponible veinte (20) días a partir del recibo de esta notificación para solicitar por escrito, reconsideración ante la Procuradora Auxiliar de Protección y Defensa.

Firma del Intercesor

Fecha



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____
Anejo 19(a)

NOTIFICACION DE CONCESION DEL REMEDIO

Nombre de la Persona de Edad Avanzada: _____
Dirección: _____

Después de haber evaluado su caso se determina que:

- Se justifica** la concesión de un remedio

Comentarios adicionales:

Nombre del Funcionario

Título

Fecha

**(Puede ser firmada por el Procurador Auxiliar o Director del Área de
Oficiales Examinadores)**

OPPEA 06 EC



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
P O BOX 191179
SAN JUAN PR 00919-1179

Anejo 19(b)
Notificación Final de Cierre de Caso

Nombre de la Persona de Edad Avanzada: _____

Dirección: _____

Le estamos notificando que la Procuradora o su representante autorizado tuvieron oportunidad de evaluar nuevamente su caso. No obstante, la Agencia se sostiene en su determinación inicial y procederá a cerrar el mismo.

Se le advierte que, por ser la parte afectada por esta decisión, podrá entablar recurso de Revisión ante el Tribunal de Circuito de Apelaciones, dentro de un término de treinta (30) días a partir de su notificación.

**Procuradora Auxiliar de Protección
y Defensa**

Fecha



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 20

HOJA DE TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTE

Caso transferido a:

Datos de la Persona de Edad Avanzada:

Nombre: _____

Nombre: _____

Posición: _____

Dirección: _____

Agencia: _____

Teléfono: _____

Fecha : _____

Edad: _____

Fecha en que se recibió el caso: _____

Breve descripción del caso:

Razones para la Transferencia del Expediente:

Firma y Posición de quien transfiere:

OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
Programa del Procurador(a) del Residente en Establecimientos de
Cuidado de Larga Duración (CLD)

Hoja de Querella

Anejo 23

I. INFORMACIÓN ESTABLECIMIENTO

Casa de Salud
 Hogar Sustituto
 Institución

Nombre: _____

Licencia: _____

Codificación: _____

II. INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

III. INFORMACIÓN PERJUDICADO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____

IV. QUERELLA RECIBIDA

Personalmente
 Por Teléfono
 Por Carta

V. INFORMACIÓN DEL CASO

Prog. Local: _____

Núm. de Caso: _____

Mes _____ Día _____ Año _____

Hora: _____

VI. ORIGEN DE QUERELLAS/S:

1 Residente
 2 Familiar/Amigo
 3 Tutor/Rep. Legal
 4 Ombudsman
 5 Personal Establecimiento
 6 Proveedor Serv. Médicos
 7 Rep. Agencia S. Sociales
 8 Desconocido
 9 Otro

VII. CATEGORÍA

DERECHOS DEL RESIDENTE

A Abuso/Neg. Crasa/Explot.
 B Acceso a Información
 C Admisión/Transf./Altas
 D Autonomía/criterios/Der.
 E Financiera/Art. Personales

CUIDADO DEL RESIDENTE

F Cuidado
 G Rehabilitación
 H Restricciones

CALIDAD DE VIDA

I Actividades/Serv. Sociales
 J Nutrición
 K Ambiente

ADMINISTRACIÓN

L Políticas/Proced./Actitud
 M Personal

AGENCIAS, SISTEMAS, PERSONAS EXT.

N Agencia cert. Reg.
 O Medicaid
 P Sistema/Otras
 Q Fuera de Establ. CLD

PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
Programa del Procurador(a) del Residente en Establecimientos de
Cuidado de Larga Duración (CLD)
Anejo 24

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CASO

SISTEMA DE INFORMACIÓN NORS

1. ESTADO # _____ (40-PR)
2. FUNCIONARIO # _____
3. CASO # _____
4. Programa Local # _____ Nombre _____
5. Facilidad # _____ Nombre _____
6. Nombre del Querellante _____
7. Dirección del Querellante _____

8. Teléfono del Querellante _____
9. Relación del querellante con el residente _____
1. Residente, 2. Familiar/amigo, 3. Tutor no familiar/ Representante legal, 4. Funcionario de la Oficina,
5. Personal establecimiento, 6. Otro personal de salud, 7. Representante de otra agencia, 8. Desconocido, 9.
Otro: _____
10. Nombre del Residente _____
(Si es grupo de residentes, escriba "grupo".)
11. Edad del residente _____ Sexo _____ Origen de Pago _____
(Si es grupo deje en blanco) Sexo: 1. Masculino 2. Femenino; Raza: 1. Negra 2. Asiática 3. Caucásica 4. Hispánica 5. Indio
Americano 6. Desconocida/mult. 7. otra; Origen de pago: 1. Medicare 2. Medicaid 3. Ambos 4. Privado/seguro privado 5. Veteranos
6. Otro _____
12. Fecha de inicio del caso: mes _____ día _____ año _____
13. Fecha de la primera gestión: mes _____ día _____ año _____
14. Fecha de cierre: mes _____ día _____ año _____
14. Comentarios: _____

PROCURADORA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA
Programa del Procurador(a) del Residente en Establecimientos de
Cuidado de Larga Duración (CLD)

AGENCIA DE AREA REGION _____

Anejo 26

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Fecha: _____

Nombre del Residente: _____

Dirección: _____

Por la presente autorizo a _____ a utilizar mi nombre y
discutir los pormenores de mi caso con las siguientes personas o agencias:

Es de mi conocimiento que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento que
así lo desee y que el mismo expirará cuando las actividades que he coordinado con el
personal del Programa se den por terminadas.

Firma del Residente o de su Representante

Razón por la cual el Residente no puede firmar: _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
PO BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

PROGRAMA OMBUDSMAN CLD
ANEJO 27
INFORME DE VISITAS

Cod _____ Nombre de la Facilidad _____ PL- _____

Dirección Postal _____

Dirección Física _____

Código Postal _____ Tel. _____ Administrador _____

Tipo de Facilidat _____ Propiedad _____ Prep. Académica Adm. _____

Zona Urbana _____ Rural _____ ¿Fines de lucro? Sí _____ No _____ Tamaño Gde. _____ Med. _____ Peq. _____

Descripción Fac- # plantas _____ # millas Pl- _____ # millas Hosp. CDT. _____ # camas _____ # cuartos _____

Terreno Propio Sí _____ No _____ Tela Metálica Sí _____ No _____ Barreras Arquitectónicas Explique _____

Equipo de Seguridad Esp. _____

Fac. Impedidos Sí _____ No _____ # Baños _____ Sala _____ Cocina _____ Comedor _____ Área Rec _____

Detalles: _____

Licenciada Sí _____ No _____ # Lic. _____ Fecha de Venc. _____

Razón no esté al día _____

Mat. Autorizada = # de Camas _____ Aut Por: _____ Agencia _____

Oficial de Licenciamiento _____ Región _____

Médico de la Facilidat _____ # lic _____ Núm. Tel. _____

Informe de Visita-2

Fecha de Visita: _____ Hora: _____ AM/ PM Núm. de Empleados _____
 (Observados)

Matrícula= Clientela _____	Por edad/sexo	F	M	Especifique (60 ó más):
	Menores de 60	___	___	Postrados _____
	60-65	___	___	Sillón de Ruedas _____
	66-70	___	___	Ayuda Mínima _____
	71-75	___	___	Ambulan _____
	75+	___	___	# Res. Dx. Mental _____

Forma de Pago:

ASSMCA _____
 DF _____
 Veteranos _____
 Privados _____

Explique _____

Higiene

_____ Higiene de la cocina es adecuada Explique _____
 _____ Higiene de la ropa de cama es adecuada Explique _____
 _____ Higiene del edificio es adecuada Explique _____
 _____ Higiene de los alrededores es adecuada Explique _____

Descripción del Residente:

	Adecuada	Deficiente	Observaciones
Apariencia	_____	_____	_____
Aseo	_____	_____	_____
Ropa	_____	_____	_____

Comentarios: _____

Informe de Visita -3

Servicio de Nutrición:

Menú cert: _____ Nombre, Lic. y # de Teléfono de Nutricionista _____

Fecha de certificación: _____

Menú visible _____ Empleados de Cocina _____ Vestimenta adecuada _____ Redecilla _____

Observaciones sobre Almacén/ Cocina:

	Almacén	Cocina	Observaciones:
Adecuadamente organizado/a	_____	_____	_____
Adecuadamente ventilado/a	_____	_____	_____
Suplido es adecuado	_____	_____	_____
Higiene adecuada	_____	_____	_____

Menú del día Observado -Señalado

Desayuno _____ Hora: _____

Almuerzo: _____ Hora: _____

Cena: _____ Hora: _____

Dietas especiales se sirven: _____ Explique: _____

Meriendas: _____

Restricciones:

Restricción física: Sí _____ No _____ Adecuada: Sí _____ No _____ Orden Médica: Sí _____ No _____

Explique _____

Restricción química: Si _____ No _____ Explique _____

Informe de Visita- 4

Núcleo familiar en establecimiento S/A

Total ____ Describa _____

Servicios de Enfermería:

Se proveen servicios de enfermería: Sí ____ No ____ Medicinas bajo llave Sí ____ No ____

Si existen explique: preparación/ turnos / horarios:

Actividades de Recreación:

Existe Plan: Sí _____ No _____ Se cumple: Sí ____ No _____

Explique:

Entrevista con Residentes: _____

Comentarios de la Visita:

Informe de Visita-5

Seguimiento a querellas en proceso:

Querellas Resueltas:

Querellas Nuevas:

Comentarios Adicionales:

Personal que realizó la Visita:

Nombre Representante Ombudsman

Firma Rep. Del Hogar

Fecha _____

Hora que terminó visita: _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
P O BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

Anejo 28
PROGRAMA OMBUDSMAN CLD
HOJA DE HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Nombre y Codificación de la Facilidad: _____

Seguimiento a Querellas en Proceso:

Hallazgos: Situaciones de Alto Riesgo

Fecha para Seguimiento: _____

Iniciales : Rep. del Hogar _____

Rep. Programa Ombudsman CLD _____

Fecha _____



OFICINA DE LA PROCURADORA PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA
PROGRAMA OMBUDSMAN CLD

Anejo 29

CONTROL DE EXPEDIENTES TRANSFERIDOS

Programa Local que transfiere: _____

Transferido al Programa Local: _____

Nombre del Establecimiento: _____

Codificación: _____

Dirección Postal: _____

Residencial: _____

Casos en Proceso:

Fecha	Núm Caso	Querellas	Origen	# Establec.

Recomendaciones:

Persona que transfiere: _____

Fecha: _____

Persona que recibe: _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
PO BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

PROGRAMA OMBUDSMAN CLD
Anejo 30

INFORMACION ESPECÍFICA DE LA FACILIDAD

Cod _____ Nombre de la facilidad _____ PL- _____

Dirección Postal _____

Dirección Física _____

Código Postal _____ Tel. _____ Administrador _____

Tipo de facilidad _____ Propiedad _____ Prep. Académica Adm. _____

Zona Urbana _____ Rural _____ ¿ Fines de lucro? Sí _____ No _____ Tamaño Gde. _____ Med. _____ Peq. _____

Descripción Fac- # plantas _____ # millas Pl- _____ # millas Hosp. CDT. _____ # camas _____ # cuartos _____

Terreno propio Sí _____ No _____ Tela Metálica Sí _____ No _____ Barreras Arquitectónicas Explique _____

Equipo de Seguridad Esp. _____

Fac. Impedidos Sí _____ No _____ # Baños _____ Sala _____ Cocina _____ Comedor _____ Área Rec. _____

Detalles: _____

Licenciada Sí _____ No _____ # Lic. _____ Fecha de Venc. _____

ASSMCA _____ # Lic. _____ Fecha de Venc. _____

Razón no esté al día _____

Mat. Autorizada = # de Camas _____ Aut Por: _____ Agencia _____

Oficial de Licenciamiento _____ Región _____

Médico de la facilidad _____ # lic _____ Tel. _____

Menú cert. Sí _____ Nombre y Lic. Nutricionista _____ No _____

Matrícula= Clientela _____	Por edad/sexo	F	M	Especifique:
Menores de 60	60-65	_____	_____	Postrados _____
Fem ____ Masc. _____	66-70	_____	_____	Sillón de Ruedas _____
Forma de pago:	71-75	_____	_____	Ayuda Mínima _____
Salud Mental _____	75+	_____	_____	Ambulan _____
DF _____				Diagnóstico Mental _____
Veteranos _____				
Privado _____				

Explique Condiciones Mentales:

Nombre Representante Ombudsman _____

Título _____

Fecha _____



**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS PERSONAS
DE EDAD AVANZADA
PROGRAMA DEL PROCURADOR(A) DEL RESIDENTE EN
ESTABLECIMIENTOS DE CUIDADO DE LARGA DURACION**

ANEJO 31

INFORME DE CIERRE

I. Identificación Establecimiento

Codificación: _____
 Nombre: _____
 Dirección: _____

 Operador: _____

II. Origen de Información

Vecino: _____ Agencia: _____
 Identifique: _____
 Personal CLD: _____ Medios de Información: _____
 Identifique: _____
 Participación del Programa: _____ Otro: _____
 Identifique: _____

III. Razón de Cierre:

Voluntario: (explique): _____

 Por Agencia Reguladora: (explique): _____

 Por Orden Tribunal: (explique): _____

 Participación Programa Local: _____

IV. Fecha de Cierre: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

V. Casos y Querellas en proceso y fecha de cierre. Si procede dejar alguno en proceso explique razón:

<u># Caso</u>	<u>Querellas</u>	<u>Fecha Cierre</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre Rep. Ombudsman: _____ Fecha: _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
P O BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

Anejo 32 Información de No Discriminación

1. Raza u origen nacional

_____ Hispano/País de Procedencia (enumere la cantidad de participantes por país de procedencia)

_____ Blanco (no de origen Hispano)

_____ Negro (no de origen Hispano)

_____ Asiático o de las Islas del Pacífico

_____ Indígena Norteamericano u oriundo de Alaska

2. Género

_____ Femenino

_____ Masculino

3. Impedimento (especifique si es físico, mental o problemas específicos en el aprendizaje)

_____ Sí, tipos de impedimentos _____

_____ No

4. Edad

_____ 0 – 12 años

_____ 13 – 17 años

_____ 18 – 29 años

_____ 30 – 44 años

_____ 45 – 64 años o más

_____ 65 años o más



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
P O BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

Anejo 33

Notificación de Resolución

A: Procuradora Auxiliar
Protección y Defensa

Núm. Caso: _____

Nombre de las Partes:

El/La Procurador(a) de la Oficina ha emitido una Resolución Administrativa en el caso de referencia. El día _____, siendo notificada en esa misma fecha.

- La misma podrá ser objeto de un recurso de reconsideración ante la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada dentro de un término de **veinte (20) días**, a partir de la fecha de su notificación.

- La parte afectada por esta decisión puede entablar recurso de revisión ante el Tribunal de Circuito de Apelaciones dentro de un término de **treinta (30) días** a partir de su notificación.

Fecha

Oficial Examinador



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
**OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS
PERSONAS DE EDAD AVANZADA**
P O BOX 191179
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1179

Anejo 34
Listado de Pueblos

ADJ	ADJUNTAS	LAJ	LAJAS
AGB	AGUAS BUENAS	LAR	LARES
AGD	AGUADILLA	LMA	LAS MARIAS
AGU	AGUADA	LPI	LAS PIEDRAS
AIB	AIBONITO	LOI	LOIZA
AÑA	AÑASCO	LUQ	LUQUILLO
ARE	ARECIBO	MAN	MANATI
ARR	ARROYO	MAR	MARICAO
BAR	BARCELONETA	MAU	MAUNABO
BAY	BAYAMON	MAY	MAYAGUEZ
BRR	BARRANQUITAS	MOC	MOCA
CAB	CABO ROJO	MOR	MOROVIS
CAG	CAGUAS	NAG	NAGUABO
CAM	CAMUY	NAR	NARANJITO
CAN	CANOVANAS	ORO	OROCOVIS
CAR	CAROLINA	PAT	PATILLAS
CAT	CATAÑO	PEN	PEÑUELAS
CAY	CAYEY	PON	PONCE
CEI	CEIBA	QUE	QUEBRADILLAS
CIA	CIALES	RGR	RIO GRANDE
CID	CIDRA	RIN	RINCON
COA	COAMO	SAL	SALINAS
COM	COMERIO	SGE	SAN GERMAN
COR	COROZAL	SGR	SABANA GRANDE
CUL	CULEBRA	SIS	SANTA ISABEL
DOR	DORADO	SJU	SAN JUAN
FAJ	FAJARDO	SLO	SAN LORENZO
FLO	FLORIDA	SSE	SAN SEBASTIAN
GBO	GUAYNABO	TAL	TRUJILLO ALTO
GLL	GUAYANILLA	TOA	TOA ALTA
GMA	GUAYAMA	TOB	TOA BAJA
GUA	GUANICA	UTU	UTUADO
GUR	GURABO	VAL	VEGA ALTA
HAT	HATILLO	VBJ	VEGA BAJA
HOR	HORMIGUEROS	VIE	VIEQUES
HUM	HUMACAO	VIL	VILLALBA
ISA	ISABELA	YAB	YABUCOA
JAY	JAYUYA	YAU	YAUCO
JUD	JUANA DIAZ		
JUN	JUNCOS		