

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

Estas instrucciones lo ayudarán a completar el formulario de Evaluación funcional del plan de servicio (*Functional Assessment Service Plan*) de Medicaid de Nevada.

Formularios requeridos:

- Herramienta de Evaluación funcional del plan de servicio – Formulario NMO-7073

## 1. Información del beneficiario:

- Escriba el nombre del beneficiario: apellido y nombre de pila. Lo que escriba en este campo aparecerá automáticamente en el encabezamiento del formulario.
- Escriba el número de identificación (ID) del beneficiario - Lo que escriba en este campo aparecerá automáticamente en el encabezamiento del formulario.
- Escriba la fecha de nacimiento del beneficiario.
- Marque si el beneficiario necesita un traductor seleccionando el botón Sí o No. Si elige Sí, indique el idioma que necesita.
- Escriba la dirección actual, ciudad, estado, código postal y número de teléfono del beneficiario.
- Identifique el sexo del beneficiario seleccionando el botón Masculino o Femenino.
- Ponga la estatura, peso y edad del beneficiario.
- Haga que el beneficiario lea y llene el resto de la página 1 de su herramienta.
  - Al final de su evaluación, ponga la hora en que inició y terminó su evaluación. Haga que el beneficiario, su individuo legalmente responsable, representante de cuidado personal u otra persona que lo represente firme la página de testimonio.
  - Si marca "Otro", indique la relación de dicha persona con el beneficiario.

## 2. Información del Individuo Legalmente Responsable (*Legally Responsible Individual*, o LRI): Llene esta sección solo si el beneficiario tiene un LRI. Un LRI puede ser el cónyuge, tutor legal, padre, padrastro, padre de crianza y padre adoptivo de niños menores de edad. Hace falta un LRI para proporcionar respaldo médico. Una persona que tiene un poder legal (*power of attorney*, o POA) no es lo mismo que un tutor.

- Escriba el nombre del LRI y su relación con el beneficiario.
  - Indique si el LRI reside en la casa o fuera de la casa, seleccionando el botón correspondiente.
  - Si el LRI no reside con el beneficiario, ponga su número de teléfono.
  - Indique si el LRI está discapacitado o trabaja/estudia fuera de la casa.
    - Si el LRI trabaja fuera de la casa o estudia fuera de la casa, ponga el horario de trabajo/estudio del LRI.
- Solo se pueden proporcionar servicios para cubrir las actividades de la vida diaria (*activities of daily living*, o ADL) y las comidas cuando el LRI no está disponible debido a su horario de trabajo o de estudio. El LRI sigue siendo responsable por otras actividades instrumentales de la vida diaria (*instrumental activities of daily living*, o IADL), como la limpieza del hogar, el lavado de ropa y las compras.
  - Si el LRI tiene un comprobante de discapacidad, permita los servicios que el LRI no puede realizar debido a su discapacidad.

**Ejemplo:** El LRI no puede levantar objetos o agacharse, pero puede preparar comidas y alimentar al beneficiario. Usted puede autorizar servicios para bañar, transferir, ayudar a ir al baño y respaldar la movilidad del beneficiario, pero no para preparar la comida y alimentarlo.
  - Si el LRI está totalmente discapacitado, diseñe el plan como si el LRI no estuviera disponible o fuera totalmente incapaz.

## 3. Información de contacto de emergencia: Si el beneficiario no tiene un tutor pero tiene una persona con poder legal o un representante de cuidado personal (*personal care representative*, o PCR) y quiere darnos permiso para hablar con otro individuo:

- Ponga el nombre de esa persona de contacto.
- Indique si es una persona que tiene un poder legal (POA), PCR y/u otra relación (amigo, hermana, hija, etc.).
- Ponga el número de teléfono de esa persona de contacto.

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

4. Rutina diaria: Esta información se usa para determinar las necesidades del beneficiario y sirve para que la agencia de PCS pueda determinar el horario de PCS.
    - **Ejemplo 1:** El beneficiario dice que se levanta y se da una ducha; después llega el asistente de cuidado personal (*personal care attendant*, o PCA), y limpia y cocina. Este beneficiario no va a cumplir con los requisitos del programa.
    - **Ejemplo 2:** El beneficiario dice que va a un establecimiento cuidado de salud diurno para adultos (*Adult Day Health Care*, o ADHC) de lunes a viernes y necesita ayuda para estar listo cuando lo recogen. La agencia sabrá entonces que tiene que realizar una visita temprano por la mañana en esos días.
  5. Información de la evaluación:
    - a. Propósito de la solicitud – Seleccionar el elemento apropiado. Esto se indicará en el formulario de autorización previa que reciba.
    - b. Ubicación – Seleccione la opción apropiada.
    - c. Indique cuál es la persona primaria que comunica la información. Si no es el beneficiario, indique quién es y su relación con el beneficiario.
    - d. Puede poner el nombre de la agencia de PCS actual, si lo sabe, y el nombre del PCA, si lo sabe.
    - e. Ponga otros miembros del hogar. Si hay niños, proporcione las edades de los niños.
    - f. Ponga cualquier alergia que pueda tener el beneficiario, como alergias a los medicamentos, a las comidas o alergias estacionales.
  6. Diagnóstico:
    - a. Si bien los beneficiarios pueden tener múltiples diagnósticos, lo más importante es indicar:
      - i. el/los diagnóstico(s) principal(es).
      - ii. el diagnóstico que afecta su capacidad para realizar sus actividades de ADL/IADL.
  7. Medicamentos:
    - a. Ponga los medicamentos del beneficiario, junto con sus dosis y frecuencia.

**NOTA:** El cliente recibirá una copia de la evaluación. Esta herramienta se puede usar para asistir al personal de emergencia, en caso de que se lo llame.
  8. Observaciones objetivas:
    - a. Ponga los resultados de su evaluación clínica práctica, incluyendo sus observaciones objetivas de la capacidad o incapacidad del beneficiario para completar sus ADL/IADL. Incluya la capacidad funcional demostrada del beneficiario para realizar sus ADL.

Por ejemplo, pídale al beneficiario que le traiga sus medicamentos, y observe su capacidad para caminar, agacharse o alcanzar, o la cantidad de ayuda o técnica utilizada en sus transferencias.

**NOTA:** Esta sección es para documentar sus observaciones clínicas de la ayuda funcional que necesita el beneficiario directamente relacionada con la autorización de servicios de cuidado personal. Si tiene que documentar información no clínica que sería útil para un proveedor de una Organización de Mejora de Calidad (*Quality Improvement Organization*, QIO) o un futuro fisioterapeuta o terapeuta ocupacional (PT/OT), como por ejemplo un perro peligroso en la casa o el hecho de que el beneficiario es combativo, use una nota de progreso separada y adjúntela a su evaluación.
- Las secciones Déficit funcionales (9) a IADL (15) se usan para dar una idea de las capacidades e incapacidades del beneficiario para realizar sus ADL/IADL.
9. Déficit funcionales:
    - a. Seleccione las opciones que mejor describen al beneficiario en el área de movilidad/libertad de movimientos: cómo camina, lado dominante, brazo derecho e izquierdo, y pierna derecha e izquierda.
    - b. Use la casilla de comentarios para elaborar sobre el déficit en sí.

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

10. Déficit sensoriales:
  - a. Seleccione las opciones que mejor describen los déficits sensoriales del beneficiario en las áreas de visión, audición y tacto/sensación. Para el dolor, use una escala de 0 a 10. Si recibe una respuesta positiva con respecto al dolor, tiene que poner el lugar y tipo de dolor. También hay un área adicional disponible para 'Otro/Comentario'. Por ejemplo, si el déficit sensorial es una neuropatía, puede indicarlo bajo 'Otro/Comentario', pero también puede ver algo indicado en las áreas de diagnóstico o déficit funcional.
11. Déficit cognitivos:
  - a. Establezca el estado de memoria/cognitivo durante la entrevista, a su mejor saber y entender.
    - i. Si selecciona "En la gama normal", eso quiere decir que el beneficiario está orientado en persona, lugar, tiempo y propósito. Si tiene solo una orientación parcial, tiene que indicar a qué área está orientado el cliente.
  - b. Indique la capacidad de habla/lenguaje.
  - c. Si elige 'Otro/Comentario', tiene que proporcionar una descripción.
12. Déficit de resistencia física:
  - a. Si el problema principal es la resistencia física, indique que opción describe mejor el estado del beneficiario.
  - b. Si elige 'Otro', tiene que proporcionar una descripción.
13. Dispositivos de asistencia y otros servicios:
  - a. En la columna de la izquierda, indique si el cliente "Tiene", "Usa" o "Necesita" un equipo de asistencia. Los beneficiarios pueden tener un equipo, pero quizás no lo usen; si está usando el equipo, no se olvide de marcar la "T" para "Tiene" y la "U" para "Usa".
  - b. La columna de la derecha es para servicios. Si recibe alguno de los servicios, marque la(s) casilla(s) bajo 'R'. Si se necesitan servicios, marque las casillas bajo 'N'. Si el servicio no corresponde, no lo marque.
  - c. Si el beneficiario asiste a un establecimiento de cuidado de salud diurno para adultos (ADHC), a un programa de trabajo o a la escuela, indique su horario. La agencia del proveedor de PCS necesitará esta información para crear su horario de servicio para el beneficiario.

**NOTA:** Cualquier casilla en cualquiera de las columnas marcada con "N" será remitida por la Organización de Mejora de Calidad (*Quality Improvement Organization*, o QIO) a la Oficina Distrital de Medicaid de Nevada o al encargado de exención de casos apropiado para efectuar el seguimiento.

14. Actividades de la vida diaria (ADL):

Para cada tarea, tiene que identificar el nivel de independencia/dependencia y la cantidad de días por semana en que se necesita la asistencia. Por ejemplo, suponga que determina que el cliente está a nivel 2 en la actividad de bañarse y que necesita ayuda 4 veces por semana. En la fila "Bañarse", pondría un "4" en la columna "Días por semana" y un "2" en la columna "Calificación".

**NOTA:** No autorice tiempo para las tareas que una persona no podría realizar si no tuviera una discapacidad. Por ejemplo, no autorice tiempo para bañarse cuando solo se requiere asistencia para lavar la espalda.

Para calificar cada tarea, use las descripciones que se dan a continuación. Hace falta adherirse estrictamente a las descripciones para que todas las evaluaciones tengan el mismo resultado, sea cual fuere el terapeuta que haga la evaluación.

**NOTA:** El tiempo es en minutos por día.

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

## Bañarse/Vestirse/Asearse:

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	Independiente: Se puede bañar, vestir y asear sin la ayuda de otra persona, con o sin dispositivos de asistencia. Se puede bañar, vestir y asear con un simple recordatorio de la persona de respaldo en el hogar, pero salvo eso no necesita que le recuerden ni necesita ayuda física para completar las tareas. El baño se hace con la ayuda de una persona alternativa (cuidador sin paga, LRI, familiar o amigo). El beneficiario solo solicita ayuda para lavar una parte del cuerpo a la que no podría llegar/lavar si no tuviera una discapacidad.
1	30	Asistencia mínima: Se puede bañar, vestir y asear sin asistencia física, pero necesita tener a alguien cerca o se le tiene que recordar que complete la tarea. Puede requerir ayuda solo para entrar y salir de la ducha o tina, para sacar la ropa del ropero o para recibir los insumos de aseo.
2	45	Asistencia moderada: Requiere ayuda física para terminar de bañarse, vestirse y asearse, pero el beneficiario está en condiciones de participar. Requiere ayuda para entrar y salir de la ducha, para lavar una parte del cuerpo y/o para aplicar el champú, para prepararse, y asistencia física parcial para vestirse y asearse.
3	60	Asistencia máxima: Requiere asistencia máxima o depende de los demás para completar su baño, vestimenta y aseo. Requiere ayuda física con la parte superior e inferior del cuerpo.

## Ir al baño:

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	Independiente: Puede ir al baño sin ayuda física o supervisión, con o sin dispositivos de asistencia. La tarea es completada por otros recursos sin paga. Puede vaciar solo sus sistemas de drenaje urinario e intestinal.
1	15	Asistencia mínima: Necesita un acompañante o recordatorio para completar la tarea o por razones de seguridad. Necesita ayuda física para ajustar la ropa o lavarse las manos. Incluye vaciar el inodoro portátil o urinal cuando el beneficiario puede ir al baño solo. Ayuda ocasional con bajar y subir la ropa interior.
2	15	Asistencia moderada: Necesita ayuda física con la higiene, la ropa y para sentarse y salir del inodoro o el inodoro portátil. Incluye asistencia con la ropa interior/productos de incontinencia para adultos.
3	30	Asistencia máxima: No puede usar el inodoro sin ayuda. Requiere observación continua y asistencia total para su higiene y sacarse y ponerse la ropa. Incluye el cambio de pañales (no ropa interior). Incluye vaciar el urinal/bolsas de drenaje intestinal.

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

## Transferencia:

**NOTA:** La ayuda para entrar y salir del baño se cuenta como tiempo para ir al baño. La ayuda para que una persona se pueda poner de pie y comience a caminar se cuenta como tiempo de movilidad. No marque estas actividades como tiempo de transferencia a menos que sea una tarea identificada en forma separada, como se indica en cada descripción de nivel. La transferencia puede incluir ayuda para subir o bajar del transporte para discapacitados, si la necesidad es sistemática y no intermitente.

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	Independiente: Puede ambular con o sin el uso de dispositivos de asistencia. Se puede repositionar en la silla o la cama.
1	15	Asistencia mínima: Ambula con o sin dispositivos de asistencia, pero requiere un poco de repositionamiento en la cama o silla (posición de las piernas, elevar una extremidad, soporte con almohadas).
2	15	Asistencia moderada: No ambula o tiene ambulación mínima y requiere transferencias de pivot simples a la silla de ruedas o a mobiliario en la casa (silla de ruedas a sofá reclinable). Puede o no necesitar repositionamiento en la cama, la silla de ruedas o la silla.
3	30	Asistencia máxima: No ambula y depende de otros para todas las transferencias y/o repositionamientos. Incluye el uso de un ascensor Hoyer.

## Movilidad/Ambulación:

**NOTA:** A los fines del programa PCS, movilidad se refiere a movimientos dentro de la residencia. NO indica un nivel de necesidad cuando la misma ocurre solo en la comunidad.

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	Independiente: Puede ambular en forma independiente dentro de su residencia. Incluye la ambulación independiente con un bastón.
1	15	Asistencia mínima: Necesita acompañante o asistencia intermitente para ponerse de pie y/o ambular. Se posiciona con un bastón para comenzar a ambular.
2	15	Asistencia moderada: Necesita ayuda de contacto o con las manos para ponerse de pie y/o ambular, con o sin dispositivos de asistencia. Necesita posicionamiento en un andador o silla de ruedas para ambular. Incluye ayuda de acompañante cuando anda en silla de ruedas y tiene que abrir o cerrar puertas o hay obstáculos en la residencia. Necesita ayuda para enchufar una silla de ruedas a batería.
3	15	Asistencia máxima: Dependiente. No se puede mover dentro de la residencia o hacer andar la silla de ruedas.
4	0	No requiere asistencia física. No hace falta tiempo de PCA. Si hace falta tiempo de PCA, ponga una calificación a nivel 1, 2 o 3. Funciona en forma independiente en una silla de ruedas manual o a motor, está confinado a la cama y no ambula, o depende del uso de dos manos en un dispositivo de asistencia para ambular independientemente dentro de la residencia. Su calificación es 2 o mayor al determinar las IADL.

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

## Comer:

**NOTA:** A los fines del programa PCS, no se permite alimentación por tubo, incluyendo la preparación de fórmulas y la administración de comidas. Las técnicas de alimentación especializadas no están cubiertas. Si hay instrucciones especiales de alimentación, lo más probable es que se haya pasado a una técnica de alimentación especializada que no está cubierta bajo el programa PCS.

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	Independiente: Se puede alimentar solo, incluso cortar la comida y poner los platos, si se la trae hasta donde está el beneficiario.
1	15	Asistencia mínima: Se puede alimentar solo, pero necesita que pongan los platos y/o le corten la comida.
2	30	Asistencia moderada: Está a nivel 1 Y el beneficiario necesita recordatorios, aliento, ayuda con equipos de adaptación y/o alimentación ocasional con cuchara. Incluye proporcionarle algunas comidas por boca simples cuando la fuente primaria de alimentación del beneficiario es por tubo. <b>Ejemplo:</b> El beneficiario depende de alimentaciones con tubo; a veces puede comer comidas tipo budín.
3	45	Asistencia máxima: Depende en forma completa de alimentación con cuchara para todas sus comidas.
4	0	Servicios no cubiertos, como técnicas de alimentación especializada y/o alimentación por tubo.

15. Instrucciones para actividades instrumentales de la vida diaria (IADL):
- a. Indique si el beneficiario está o no calificado para realizar IADL.
    - i. Si el beneficiario puede completar sus IADL, pase a la sección 16. No ponga calificaciones en la sección 15, IADL.
    - ii. Si el beneficiario tiene un LRI disponible y éste puede completar las IADL, pase a la sección 16. No ponga calificaciones en la sección IADL.
      1. LRI: Individuo legalmente responsable: es un padre, padrastro, padre de crianza de un niño menor de edad; un cónyuge; un tutor legal.
        - a. Un LRI discapacitado no es responsable por las IADL.
        - b. Un LRI que trabaja es responsable por hacer las tareas del hogar, lavar la ropa y hacer las compras. Se puede autorizar la preparación de comidas cuando el LRI no está disponible debido a su horario de trabajo.
    - iii. Si el beneficiario tiene otros recursos, como un cuidador disponible sin paga, amigo o familiar que está dispuesto a completar todas o parte de las IADL:
      1. Si completó todas, pase a la sección 16 y no ponga calificaciones en la sección IADL.
      2. Si completó en parte, califique solo las partes aplicables a las necesidades del beneficiario. Hay un lugar para indicar en cada IADL si hay otro recurso disponible, en cuyo caso no se autorizará ningún tiempo. Esto se ve con más frecuencia en las tareas de hacer las compras y lavar la ropa, cuando la familia prefiere realizar estas tareas, pero necesita un PCA para limpiar el área del beneficiario en la casa y un poco de ayuda con las comidas.
    - iv. Si el beneficiario no tiene dos ADL con una calificación de 2 o mayor, pase a la sección 16. El beneficiario no está calificado para IADL. No ponga calificaciones en esta sección.
    - v. Si el beneficiario tiene dos ADL con una calificación de 2 o mayor, y no cumple con las circunstancias indicadas previamente, llena la sección 15, IADL.
  - b. Siga las mismas instrucciones para calificar esta sección como hizo para las ADL en la sección 14.

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

- c. Las IADL (tareas del hogar livianas, lavar la ropa y hacer las compras) son en minutos por semana. Todas las demás tareas de ADL y la preparación de comidas son en minutos por día.
- d. Se debe proporcionar tiempo en una tarea de IADL cuando es necesaria específicamente para las necesidades médicas del beneficiario. El programa de PCS no está diseñado para proporcionar tiempo en las IADL para las tareas usuales y normales de un hogar con múltiples miembros.

### Tareas del hogar livianas

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	No cumple con los criterios (tal como se indica en la sección 15) o el beneficiario puede realizar las tareas livianas del hogar con independencia.
1	30	Hay más de un beneficiario en el programa PCS que recibe IADL de tareas livianas del hogar en esa residencia; Y/O El beneficiario puede participar o realizar algunas tareas de limpieza del hogar; Y/O Hay espacios compartidos dentro de la casa.
2	45	Se cumplen los criterios de nivel 1; sin embargo, el beneficiario tiene necesidades médicas adicionales, como más recambios de sábana debido a incontinencia.
3	60	El beneficiario vive solo; Y El beneficiario no puede participar o ayudar en las tareas de limpieza de la casa.
4	0	No corresponde. Hay otro cuidador dispuesto a ayudar sin paga. Otro recurso.

### Lavar la ropa:

**NOTA:** El uso de exenciones no puede exceder un total de 60 minutos/semana. Un beneficiario solo puede recibir 90 a 120 minutos si cumple con los requisitos para esa cantidad de tiempo.

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	No cumple con los criterios (tal como se indica en la sección 15) o el beneficiario puede realizar las tareas de lavado de ropa con independencia.
1	30	Hay más de un beneficiario en el programa PCS del hogar que recibe la IADL de lavado de ropa, y el lavarropas y secarropas se encuentran en la casa; O El beneficiario puede participar en, o realizar, las tareas del lavado de ropa, y el lavarropas y secarropas se encuentran en la casa; O El beneficiario no puede participar o asistir en las tareas de lavado de ropa y el lavarropas y secarropas se encuentran en la casa, y hay que lavar 2 o menos cargas de ropa por semana.
2	60	No hay nadie más en la casa que recibe IADL de lavado de ropa por medio del programa PCS, y el lavarropas y secarropas están en la casa. El beneficiario no puede ayudar o participar en la tarea de lavado de ropa, y se lavan 3 o más cargas por semana; O Hay más de un beneficiario en el programa PCS del hogar que recibe la IADL de lavado de ropa, y el lavarropas y secarropas no se encuentran en la casa.
3	90	No hay nadie más en la casa que recibe IADL de lavado de ropa por medio del programa PCS; Y El lavarropas y secarropas están dentro del complejo donde reside el beneficiario.
4	120	No hay otro beneficiario que recibe el IADL de lavado de ropa en la casa; Y

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

Calificación	Tiempo	Descripción
		No hay lavarropas y secarropas en la casa o el complejo de vivienda. La ropa se tiene que llevar a una lavandería externa.
5	0	No corresponde. Hay otro cuidador dispuesto a ayudar sin paga. Otro recurso.

### Compras esenciales:

**NOTA:** A los fines del programa PCS, las compras se refieren a las comidas esenciales, medicamentos o equipo médico duradero en la tienda más cercana a la residencia del beneficiario.

**El uso de exenciones no puede exceder un total de 60 minutos/semana. El beneficiario solo puede recibir 120 minutos si vive a más de 20 millas de la tienda más cercana.**

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	No cumple con los criterios (tal como se indica en la sección 15) o el beneficiario puede realizar las compras esenciales con independencia.
1	30	Hay más de un beneficiario en el programa PCS que recibe IADL de compras esenciales en esa residencia; Y/O El beneficiario puede participar o realizar parte de la tarea de compras; Y/O Hay un miembro del hogar que hace las compras como parte de la rutina normal del hogar.  NOTA: Si el beneficiario puede participar, la participación tiene que ser lo suficiente como para justificar que se necesita menos tiempo de PCA para hacer las compras. Por ejemplo, si el beneficiario es capaz hacer una lista de compras, ello no reduce el tiempo que tarda un PCA en hacer las compras. El hecho de que un beneficiario pueda realizar parte de las compras solo justifica que se use menos tiempo de PCA para realizar la tarea.
2	60	El beneficiario vive solo y no puede participar o realizar la tarea de compras.
3	120	El beneficiario vive solo y a una distancia > 20 millas de la tienda.
4	0	No corresponde. Hay otro cuidador dispuesto. Otro recurso.

### Preparación de comidas:

**NOTA:** A los fines del programa PCS, no se espera que un PCA pueda preparar dietas altamente especializadas y comidas elaboradas. Se espera que un PCA pueda preparar comidas o bocados simples, recalentar comidas y/o dejar los restos listos para otras comidas u otros días. Las instrucciones de dietas especiales, como no agregar sal, o dietas de diabéticos, no agregan tiempo de preparación a una comida. El corte de comidas en pequeños trozos no agrega tiempo de preparación y está cubierto bajo la sección 'Comer' de las ADL. Las definiciones que se dan a continuación incluyen la preparación especial de comidas, como licuar o hacer puré, cuando sea médicamente necesario.

Se debe proporcionar tiempo para preparar comidas cuando es específico para las necesidades médicas del beneficiario. No se debe proporcionar tiempo para comidas que se cocinan como parte de la rutina normal del hogar. Las comidas no se consideran cocinadas por "separado" aunque el beneficiario esté en una dieta "especial", como de poca sal. Las comidas se consideran cocinadas por separado cuando el beneficiario requiere una preparación de comidas especial (licuar/hacer puré) y las comidas utilizadas para la preparación especial no son cocinadas normalmente como parte de la comida familiar.

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

Use una calificación de 4 solo cuando se tengan que cocinar todas las comidas y haya que hacer una preparación especial. El uso de comidas simples o ya preparadas (budín, yogur, sopas preparadas) no requiere un tiempo de preparación significativo, y se debería usar una calificación baja para proporcionar solo el tiempo requerido para licuar/hacer puré.

Un beneficiario puede cumplir con los criterios de más de una definición para la preparación de comidas. Ponga una calificación menor, a menos que se documente la necesidad de calificar a un nivel más alto.

Calificación	Tiempo	Descripción
0	0	No cumple con los criterios (tal como se indica en la sección 15) o el beneficiario puede preparar sus comidas con independencia.
1	15	El beneficiario recibe dos o más comidas por día de otro origen (como ADHC comidas a domicilio, escuela, comidas familiares compartidas u otro); <b>O</b> El beneficiario necesita ayuda con solo una comida o bocado por día (independientemente de que necesite preparación especial); <b>Y/O</b> El beneficiario puede participar o realizar parte de la tarea de preparación de comidas que exceden simplemente recoger o recalentar la comida (el beneficiario se puede hacer un emparedado o calentar una comida preparada). El terapeuta debería documentar claramente que el beneficiario tiene la capacidad funcional para participar; <b>Y/O</b> Hay otro beneficiario en la casa que recibe la IADL de preparación de comidas.
2	30	El beneficiario recibe una comida por día de otro origen (como ADHC comidas a domicilio, escuela, comidas familiares compartidas u otro); <b>O</b> El beneficiario necesita ayuda con una o más comidas por día, y el PCA deja una o más comidas/bocados para que el beneficiario las recoja o recaliente más adelante. El terapeuta debería documentar claramente que el beneficiario tiene la capacidad funcional para recoger/recalentar sus comidas.
3	45	El beneficiario come una o más comidas principales y bocados por día y no puede recalentar o recoger sus comidas. El beneficiario no tiene la capacidad funcional para recoger/recalentar sus comidas. No use este nivel si el beneficiario ya tiene una calificación de 1 o 2.
4	60	El beneficiario cumple con todos los requisitos del nivel 3 <b>Y</b> requiere preparación especial (como puré). La preparación especial no incluye instrucciones de dieta especiales (como no agregar sal o una dieta para diabéticos). No use este nivel a menos que se puedan justificar 60 minutos de preparación de comidas directamente relacionados con el beneficiario.
5	0	Servicios no cubiertos, como preparación de comidas o fórmulas por tubo, incluyendo la administración de agua u otros fluidos.
6	0	No corresponde. Hay otro cuidador dispuesto a ayudar. Otro recurso.

**NOTA:** El tiempo máximo para preparación de comidas (90 minutos por día) solo se autoriza con el proceso de exención, cuando se cumple con la siguiente definición.

N/C	90	El beneficiario vive solo y es incapaz física y/o cognitivamente de acceder a la cocina <b>Y</b> tiene un diagnóstico que justifica múltiples (> 3) comidas por día, con o sin bocados, con preparación especial. <b>Ejemplos:</b> El cliente está malnutrido, tal como se demuestra por una rápida pérdida de peso o un peso deficiente <b>Y</b> TIENE un diagnóstico que lo justifique, como gastroparesis asociada con diabetes, náusea o vómito intratable, procesos de etapa final de una enfermedad.
-----	----	---

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

Ejemplos de preparación de comidas:

- El PCA proporciona un bocado y el LRI proporciona todas las otras comidas/bocados. La calificación es un 1.
- El PCA proporciona el desayuno y el almuerzo, la familia proporciona la cena. La calificación es un 2.
- La familia cocina todas las comidas; el PCA las recalienta y las mezcla. La calificación es un 2 o 3, dependiendo de la evaluación del tiempo necesario para recalentar/mezclar.
- El beneficiario solo come comidas blandas (sopa, yogur, etc.) y no hay que hacer una preparación real de comidas. Califíquese como si no se necesita una preparación especial.
- El beneficiario vive solo y no tiene capacidad funcional para recoger/recalentar sus comidas, y el PCA cocina todas las comidas, las hace puré y mezcla todas las comidas. El beneficiario cumple con los requisitos de una calificación de 4.

16. Cuadrícula matemática – Se usa para determinar la cantidad de horas por semana. La calificación es igual a una cantidad de minutos multiplicado por la cantidad de días que se necesitarán los servicios. Las tareas livianas del hogar, lavado de ropa y las compras tendrán siempre “1” día a los fines del cálculo, ya que el tiempo se asigna por semana y no por día. La cantidad de minutos total después se divide por 60 para obtener la cantidad de horas por semana.

Vea un ejemplo de cuadro a continuación:

Tareas	Calificación	Minutos por tarea	Días por semana	Minutos totales por tarea	Horas por semana
Bañarse/Vestirse/Asearse	2	45	7	315	
Ir al baño	2	15	7	105	
Transferencia	2	15	7	105	
Movilidad/Ambulación	2	15	7	105	
Comer	2	30	7	210	
Tareas del hogar livianas	2	45	1	45	
Lavar la ropa	2	60	1	60	
Compras esenciales	2	60	1	60	
Preparación de comidas	2	30	7	210	
Tiempo total				1215	20.25

Se reconoce que, ocasionalmente, será necesario tiempo adicional para una o más tareas específicas. Una vez que se determine el tiempo total de la cuadrícula de la sección 16, tendrá la posibilidad de suplementar hasta la máxima cantidad de tiempo permitida para cualquier ADL o IADL individual. Las exenciones se deben justificar por medio de una evaluación clínica objetiva y se acuerdo a la Política de Medicaid.

Debajo de la cuadrícula 16 aparece el siguiente texto:

De acuerdo a mi evaluación clínica realizada con el Manual de Servicios de Medicaid de Nevada (*Medicaid Services Manual, MSM*), capítulo 2600, Organizaciones de Servicio de Intermediario (*Intermediary Services Organization, ISO*) y el capítulo 3500, Programa de Servicios de Cuidado Personal y la Herramienta de Planificación de Servicios de Evaluación Funcional de Medicaid de Nevada, he determinado que el beneficiario ha cumplido con los criterios para el horario de servicio indicado más arriba, tal como lo indica esta herramienta, y que no son necesarias horas de servicio adicionales desde el punto de vista médico. Marque Sí o No.

Si ‘Sí’, pase a la sección 17 y después a la sección 18. Ponga su cantidad total de horas por semana, días por semana y visitas recomendadas por día. No se olvide de firmar y fechar su evaluación en la sección 19.

Si ‘No’, ha determinado que el beneficiario necesita tiempo adicional en una o más tareas, hasta el máximo permitido para cada tarea específica. Tiene que llenar la sección 17 (la cuadrícula que aparece debajo de estas instrucciones indica el tiempo máximo por calificación para todas las tareas).

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

17. Exenciones:

- a. Puede otorgar una exención y permitir más tiempo hasta el valor máximo, siempre que se ajuste a la política de Medicaid.

**Ejemplo:** El beneficiario reúne los requisitos para bañarse solamente, pero necesita ayuda con IADL. No puede otorgar una exención y autorizar IADL porque no cumple con la política de Medicaid para IADL.

**Ejemplo:** El beneficiario reúne los requisitos para la mayoría de las tareas de ADL y también para IADL. Pero ha determinado que si bien el cliente cumple con los criterios de 1 para tareas del hogar por 30 minutos por semana, necesitará el tiempo máximo permitido para esa tarea porque el cliente está obligado a quedarse en la cama. Puede otorgar una exención y permitir el tiempo máximo para limpieza del hogar. No puede exceder nunca el tiempo máximo para una tarea, salvo bajo las disposiciones de EPSDT para beneficiarios menores de 21 años de edad.

**NOTA:** Si recibe una solicitud marcada 'EPSDT' o cree que tiene un caso que se beneficiaría de EPSDT, pida ayuda a un examinador clínico del proveedor de QIO.

- b. Instrucciones para completar la cuadrícula de la sección 17:

- i. Ponga el tiempo adicional que quiere agregar; el tiempo se debe poner en incrementos de 15 minutos y no puede exceder el tiempo total permitido para cualquier tarea individual.
- ii. La cuadrícula calculará la cantidad total de minutos por semana y se dividirá por 60 para obtener la NUEVA cantidad de horas por semana.
- iii. Ponga la nueva cantidad de horas por semana en la sección 18.

Ejemplo de cuadrícula 17

Tarea	Tiempo de la cuadrícula anterior	Tiempo adicional permitido	Nuevos minutos totales	Días por semana	Minutos totales por tarea	Horas por semana
Bañarse/Vestirse/Asearse	45	15	60	7	420	
Ir al baño	15	15	30	7	210	
Transferencia	15	15	30	7	210	
Movilidad/Ambulación	15	0	15	7	105	
Comer	15	30	45	7	315	
Tareas del hogar livianas	30	30	60	1	60	
Lavar la ropa	15	15	30	1	30	
Compras esenciales	15	15	30	1	30	
Preparación de comidas	15	30	45	7	315	
Tiempo total					1695	28.25

# Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

## 18. Horas de servicio autorizadas:

Horas de servicio autorizadas	
Horas totales por semana	

- a. Las horas totales por semana se calcularán automáticamente de acuerdo al resultado de su evaluación.
- b. Si esta casilla o cualquier cálculo matemático de la herramienta es incorrecto, recibirá la evaluación de vuelta para corregirla.

## 19. Firma del asesor, cargo:

- i. Firme y ponga su nombre con las credenciales, y la fecha de la evaluación.
- ii. Envíe la evaluación completada al proveedor de QIO.
- iii. El proveedor de QIO verificará que:
  1. Las ecuaciones matemáticas sean correctas.
  2. Se haya cumplido con la política de Medicaid.
  3. La herramienta se haya llenado por completo, incluyendo la justificación de las calificaciones de cada ADL e IADL.
    - a. Si no se cumple cualquiera de las condiciones anteriores, recibirá la evaluación de vuelta para hacer las correcciones del caso.
    - b. El proveedor de QIO no puede autorizar los servicios a menos que todos los criterios anteriores se hayan cumplido.
  4. El proveedor de QIO emitirá la autorización al proveedor y realizará todas las remisiones que usted indicó en la sección 13 a la entidad apropiada.

Para una guía rápida de equivalencia entre calificaciones y minutos, vea la página siguiente.

Guía de referencia rápida de equivalencia entre calificación y minutos.

Guía referencia rápida – Calificación = Minutos								
Calificación		0	1	2	3	4	5	6
Bañarse/Vestirse/Asearse	Diariamente	0	30	45	60			
Ir al baño	Diariamente	0	15	15	30			
Transferencia	Diariamente	0	15	15	30			
Movilidad/Ambulación	Diariamente	0	15	15	15	0		
Comer	Diariamente	0	15	30	45	0		
Tareas del hogar livianas	Por semana	0	30	45	60	0		
Lavar la ropa	Por semana	0	30	60	90	120	0	
Compras esenciales	Por semana	0	30	60	120	0		
Preparación de comidas	Diariamente	0	15	30	45	60	0	0

\* Solo se puede usar 90 minutos con el proceso de exención, en el caso de cumplir con la definición correspondiente.

## Guía de referencia rápida de tiempo máximo por ADL e IADL

TAREA		MINUTOS	
Bañarse/Vestirse/Asearse	Diariamente	60	*Para lavar la ropa, la cantidad máxima de tiempo admitido por semana es 60 minutos. El uso de una exención no puede exceder un total de 60 minutos/semana. Un beneficiario solo puede recibir 90 a 120 minutos si cumple con los requisitos para esa cantidad de tiempo.
Ir al baño	Diariamente	30	
Transferencia	Diariamente	30	
Movilidad/Ambulación	Diariamente	15	
Comer	Diariamente	45	
Tareas del hogar livianas	Por semana	60	**Para compras esenciales, la cantidad máxima de tiempo admitido por semana es 60 minutos. El uso de una exención no puede exceder un total de 60 minutos/semana. El beneficiario solo puede recibir 120 minutos si vive a más de 20 millas de la tienda más cercana.
Lavar la ropa	Por semana	60/90/120*	
Compras esenciales	Por semana	60/120**	
Preparación de comidas	Diariamente	60/90***	

## Medicaid de Nevada: Instrucciones para la Evaluación funcional del plan de servicio

TAREA		MINUTOS	
			<p>***El tiempo máximo para preparación de comidas por día es 60 minutos. El uso de una exención no puede exceder 60 minutos por día, a menos que haya una justificación especial identificada en la sección 15, y la misma se haya documentado.</p> <p>Nota: Bajo EPSDT/Healthy kids, se puede autorizar una exención que exceda el tiempo máximo de cualquier tarea si se determina que los servicios son médicamente necesarios. EPSDT/Healthy Kids solo se aplica a beneficiarios menores de 21 años de edad y no sustituye las responsabilidades de un individuo legalmente responsable (LRI).</p>

**NOTA: Aun con exenciones, no se puede exceder el tiempo máximo de cada tarea individual.**