



Nombre:

Fecha:



Riesgo aumentado de sufrir daños si se cae

Intervenciones Para Caídas

(Circule la sección basada en el color)

Riesgos de Caídas

(Marque todo lo que corresponda)



Historia de caídas previas

Comuniqué caídas recientes y/o riesgo de sufrir daños



Ayudas para caminar



Muletas



Bastón



Caminador



Efectos adversos a medicamentos

Ayudante con IV/Equipos para caminar



Horario para ir al baño : Cada ____ horas



Sanitario de cama



Asistencia con la silla sanitaria



Asistencia para llegar al baño



Ayudante para caminar



Equipos para intravenosas (IV)



Marcha inestable



Olvida llamar o decide no pedir ayuda

La alerta de la cama está funcionando



Asistencia para salir de la cama



Reposo en cama

1



Una persona

1

2



Dos personas