



**Z BEST**  
HOME CARE AGENCY

**HOJA DE TIEMPO**

Enviar a payroll@easytouchhc.com

ID del empleado \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

Dia		Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de Horas	Firma del Empleado		Firma del Cliente		
Domingo										
Lunes										
Martes										
Miercoles										
Jueves										
Viernes										
Sabado										
ACTIVIDADES				Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
BAÑO	Cuidado Personal									
	Cuidado total/Asistencia (Circula uno)									
	Baño (100)									
HIGIENE/ASEO PERSONAL	Ducha (101)									
	Cama (102)									
	Ayuda con el Vestido (111)									
	Cepillo para el Cuidado del Cabello (107)									
	Champú (108)									
	Afeitado (109)									
	Cuidado de la Piel (112)/Cuidado de los Pies (113)									
	Higiene de las Uñas (110)									
	Cuidado Oral – Cepillo/Dentadura (106)									
	Baño en Cama/Orinal (116)									
	Pañal/Silla de Baño (115)									
	PROCEDIMIENTOS	Temperatura (400)								
Registrar Resultados (407)										
Asistencia con la Temperatura (412)										
Oral /Axilar/Rectal (Elija Uno)										
Pulso (403)										
Respiración (404)/Presión Arterial (405)/Peso (406)										
ACTIVIDAD	Asistencia para Caminar (302)									
	Asistencia en la Transferencia (300)									
	Asistencia para Caminar (301)									
	Pocisionamiento (311)									
	Asistencia con el Programa de Ejercicios (305)									
	Asistencia con el Rango de Movimiento (306)									
NUTRICIÓN	Dieta: Regular/Recetada (201)									
	Preparación de Comidas (201)									
	Asistencia con la Alimentación (206)									
	Desayuno (202)/Almuerzo (203)/Cena (204)									
	Merienda (205)									
	Registrar la Ingesta: Comida (207)/Líquidos (208)									
ACTIVIDAD DEL PACIENTE	Compras y Recados (506)									
	Lavandería (501)									
	Habitación/Baño/ Cocina/Limpieza (502)									
	Cambiar Ropa de Cama (500)									
	Acompañar al paciente a la cita médica (508)									
	Actividades de Diversión: Leer/Conversar (509)									
	Recordar tomar medicamento(s) (411)									
	Precauciones Universales (511)									

PARA ASEGURAR UN PROCESAMIENTO RÁPIDO DEL PAGO, ENVÍE UNA HOJA DE TIEMPO COMPLETA, PRECISA Y ORDENADA EN TINTA AZUL O NEGRA ANTES DEL LUNES A LAS 3 PM, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO. TENGA EN CUENTA QUE NO SE PAGARÁN SERVICIOS CUANDO EL CLIENTE ESTÉ HOSPITALIZADO; SOLO SE ABONARÁN LAS HORAS AUTORIZADAS. ADEMÁS, CONSIDERE QUE LAS VISITAS ENUMERADAS EN LA HOJA DE TIEMPO SOLO SE PAGARÁN SI HAN SIDO VERIFICADAS POR SU COORDINADOR.