



**EASY TOUCH**  
CDPAP PROGRAM  
BY Z BEST HOME CARE

# HOJA DE TIEMPO

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

Enviar a payroll@easytouchhc.com

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

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

Día	Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de Horas	Firma del Empleado	Firma del Cliente	
Domingo							
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sabado							
ACTIVIDADES	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado
Deambulaci3n							
Actividad fuera de casa							
Aplicar loci3n							
Ayudar a comer							
Cuidado de la boca							
Ayudar a acomodar							
Ayudar con el ejercicio							
Ayudar a caminar							
Ba3o							
Cuidado de la vejiga							
Cuidado del intestino							
Cambio de ropa de cama							
Limpiar las 3reas de estar							
Cita m3dica							
Riesgo de caida							
Cuidado de los pies/Remojos de pies							
Cuidado del cabello							
Asistencia de Higiene							
Cuidado de la incontinencia							
Limpieza de cocina							
Ayudar e vestirse							
Masaje ligero							
Hacer la cama							
Preparacion de comida							
Recordatorios de medicamentos							
Necesidades diet3ticas especiales							
Llevar clienta a cita							
Asistencia para ir al ba3o							
Actividades recreacionales							
Monitoriar la seguridad del paciente							

PARA ASEGURAR UN PROCESAMIENTO R3PIDO DEL PAGO, ENV3E UNA HOJA DE TIEMPO COMPLETA, PRECISA Y ORDENADA EN TINTA AZUL O NEGRA ANTES DEL MI3RCOLES A LAS 3 PM, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO. TENGA EN CUENTA QUE NO SE PAGAR3N SERVICIOS CUANDO EL CLIENTE EST3 HOSPITALIZADO; SOLO SE ABONAR3N LAS HORAS AUTORIZADAS. ADEM3S, CONSIDERE QUE LAS VISITAS ENUMERADAS EN LA HOJA DE TIEMPO SOLO SE PAGAR3N SI HAN SIDO VERIFICADAS POR SU COORDINADOR.