



<b>Uso Sólo de Oficina</b>	
Número Subvención:	_____
No. Identificador de Empresa:	_____
Monto: \$	_____
Horas:	_____ Unidades _____

## PROGRAMA DE APOYO PARA EL CUIDADOR DE UN FAMILIAR REGISTRO DE LA FICHA DE ANOTACIONES DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Nombre del Cuidador:** \_\_\_\_\_  
El Cuidador es la persona que asume la responsabilidad de cuidar al receptor del cuidado

**Nombre del Receptor del Cuidado:** \_\_\_\_\_  
El Receptor del Cuidado es el paciente, la persona que recibe el cuidado

**Proveedor de Cuidados Paliativos:** \_\_\_\_\_  
Proveedor de Cuidados Paliativos: la persona que provee el cuidado del paciente en vez del cuidador

FECHA DEL SERVICIO	# HORAS		Precio Normal es entre \$5 a \$15 / hora, dependiendo de los servicios <b>PRECIO POR HORA</b>		<b>TOTAL DIARIO</b>
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$

Multiplicar el número de horas por el precio por hora para obtener el total por día.

Total de Horas: \_\_\_\_\_ Monto Total: \_\_\_\_\_ \$

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Cuidador \_\_\_\_\_

**Extender Cheque a la orden de:** Nombre: \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

Favor dé vuelta la página para obtener información sobre cómo completar este formulario.