



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



Una persona



Dos personas