

Nombre Cliente:

Nombre Trabajador:

Número de Identificación:

Fecha	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Proyección COVID-19 (Trabajadores y Clientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hora de Comienzo y Finalización	Entrada						
	Salida						
	Entrada						
	Salida						
	Entrada						
	Salida						
	Entrada						
	Salida						



MCFI

2020 W Wells Street
Milwaukee, WI 53233

Main: (414) 290-0050

Toll-Free: (888) 381-5696

Payroll Fax: (414) 755-7063

Payroll Email: hc payroll@mcfi.net

Cuidados Personales	Dom	Lun	Mar	Miér	Jueves	Viernes	Sáb
B/P, P SPO2 Verificar/Registrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisar los Niveles de Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de Catéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posicionamiento Complejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP/BIPAP Máscara para Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia con Medicamento/Recordatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebulizador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxígeno/Asistencia/Administración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rango en Movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferulas/Abrazadera/Quitar/Poner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevador Hoyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse/Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cambio de Condición

¿Hubo cambios en la función del cliente? Escribe Si o No. Explique.

¿Hubo algún cambio en la salud física o emocional del cliente? Escribe Si o No. Explique.

Cuidados Personales/Ayuda en Casa	Dom	Lun	Mar	Miér	Jueves	Viernes	Sáb
Acompañar a la Tienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañar Citas Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de Deambulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar Equipo Médico/DME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir/Desvestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes o Gafas/Audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compra de Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de Cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda con Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavandería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza Ligera de la Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de Comida/Alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de las Uñas no Diabéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afeitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda con Ducha/Baño en Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de la Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medias Ted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda para Ir al Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia Simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hubo cuidados asignado que no se concluyeron? Escribe Si o No. Explique.

En caso de cambio de cliente de la condición, llama MCFI Home Care inmediatamente. Estamos disponibles por teléfono las 24 horas del día.

Firma de Enfermera Registrada

Cliente o Representante legal: Mi firma indica que yo confirmo que el trabajador (a) ha trabajado y los servicios han sido proveídos en concordancia con mi plan de salud. (Por favor llame a MCFI Home Care si tiene preguntas.)

Firma del Cliente

Fecha

Verificación del Empleado: Yo certifico de que el registro de mi tiempo es verdadero y preciso de acuerdo a mis tareas.

Firma del Trabajador

Fecha

2020 MCFI Home Care Provider Payroll Schedule

Pay Period		Pay Period Begin Date (Sun)	Pay Period End Date (Sat)	Timesheet Due Date (Tuesday)	Processing Date (following Tues)	Pay Date (Fri)
1	WK1	12/08/19	12/14/19	12/17/19	12/31/2019	1/3/2020
	WK2	12/15/19	12/21/19	12/26/19 *THURS*		
2	WK1	12/22/19	12/28/19	12/31/19	1/14/2020	1/17/2020
	WK2	12/29/19	01/04/20	01/07/20		
3	WK1	01/05/20	01/11/20	01/14/20	1/28/2020	1/31/2020
	WK2	01/12/20	01/18/20	01/21/20		
4	WK1	01/19/20	01/25/20	01/28/20	2/11/2020	2/14/2020
	WK2	01/26/20	02/01/20	02/04/20		
5	WK1	02/02/20	02/08/20	02/11/20	2/25/2020	2/28/2020
	WK2	02/09/20	02/15/20	02/18/20		
6	WK1	02/16/20	02/22/20	02/25/20	3/10/2020	3/13/2020
	WK2	02/23/20	02/29/20	03/03/20		
7	WK1	03/01/20	03/07/20	03/10/20	3/24/2020	3/27/2020
	WK2	03/08/20	03/14/20	03/17/20		
8	WK1	03/15/20	03/21/20	03/24/20	4/7/2020	4/10/2020
	WK2	03/22/20	03/28/20	03/31/20		
9	WK1	03/29/20	04/04/20	04/07/20	4/21/2020	4/24/2020
	WK2	04/05/20	04/11/20	04/14/20		
10	WK1	04/12/20	04/18/20	04/21/20	5/5/2020	5/8/2020
	WK2	04/19/20	04/25/20	04/28/20		
11	WK1	04/26/20	05/02/20	05/05/20	5/19/2020	5/22/2020
	WK2	05/03/20	05/09/20	05/12/20		
12	WK1	05/10/20	05/16/20	05/19/20	6/2/2020	6/5/2020
	WK2	05/17/20	05/23/20	05/26/20		
13	WK1	05/24/20	05/30/20	06/02/20	6/16/2020	6/19/2020
	WK2	05/31/20	06/06/20	06/09/20		
14	WK1	06/07/20	06/13/20	06/16/20	6/30/2020	7/3/2020
	WK2	06/14/20	06/20/20	06/23/20		
15	WK1	06/21/20	06/27/20	06/30/20	7/14/2020	7/17/2020
	WK2	06/28/20	07/04/20	07/07/20		
16	WK1	07/05/20	07/11/20	07/14/20	7/28/2020	7/31/2020
	WK2	07/12/20	07/18/20	07/21/20		
17	WK1	07/19/20	07/25/20	07/28/20	8/11/2020	8/14/2020
	WK2	07/26/20	08/01/20	08/04/20		
18	WK1	08/02/20	08/08/20	08/11/20	8/25/2020	8/28/2020
	WK2	08/09/20	08/15/20	08/18/20		
19	WK1	08/16/20	08/22/20	08/25/20	9/8/2020	9/11/2020
	WK2	08/23/20	08/29/20	09/01/20		
20	WK1	08/30/20	09/05/20	09/08/20	9/22/2020	9/25/2020
	WK2	09/06/20	09/12/20	09/15/20		
21	WK1	09/13/20	09/19/20	09/22/20	10/6/2020	10/9/2020
	WK2	09/20/20	09/26/20	09/29/20		
22	WK1	09/27/20	10/03/20	10/06/20	10/20/2020	10/23/2020
	WK2	10/04/20	10/10/20	10/13/20		
23	WK1	10/11/20	10/17/20	10/20/20	11/3/2020	11/6/2020
	WK2	10/18/20	10/24/20	10/27/20		
24	WK1	10/25/20	10/31/20	11/03/20	11/17/2020	11/20/2020
	WK2	11/01/20	11/07/20	11/10/20		
25	WK1	11/08/20	11/14/20	11/17/20	12/1/2020	12/4/2020
	WK2	11/15/20	11/21/20	11/24/20		
26	WK1	11/22/20	11/28/20	12/01/20	12/15/2020	12/18/2020
	WK2	11/29/20	12/05/20	12/08/20		
27	WK1	12/06/20	12/12/20	12/15/20	12/29/2020	12/31/2020
	WK2	12/13/20	12/19/20	12/22/20		