Formulario de evaluación para servicios domésticos, cuidados personales y programa diurno para adultos

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes adjuntas para obtener más información.

# Sección sobre inscripción y elegibilidad (se debe completar antes de recibir el servicio)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo nombre (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo los adultos mayores de 60 años califican.

## Seleccione su elegibilidad para servicios domésticos, cuidados personales o programa diurno para adultos:

* Usted tiene deterioro cognitivo y necesita ayuda física o instrucciones verbales de otra persona para garantizar su seguridad y la de los demás.

Sí No

y/o

* Servicios domésticos: usted tiene 2 o más limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).

Sí No No aplica

* Cuidado personal y programa diurno para adultos: usted tiene 2 o más limitaciones en las actividades de la vida diaria (ADL).

Sí No No aplica

# Sección sobre la información de contacto

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de domicilio, línea 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de domicilio, línea 2 (apto./unidad/piso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La dirección postal es la misma que el domicilio

Dirección postal, línea 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal, línea 2 (apto./unidad/piso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección sobre datos demográficos (se usa para los informes anónimos para nuestros financiadores)

* Género (seleccione todo lo que corresponda): Masculino Femenino No binario/Tercer- género Transgénero
* Otro género no incluido en la lista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta
* Origen étnico: Hispano o latino/a/e Ni hispano ni latino/a/e Me niego a responder la pregunta
* Identidad racial (seleccione todo lo que corresponda): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático o asiático-estadounidense Negro o afroamericano Del Medio Oriente o del norte de África Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco
* Otra identidad no incluida en la lista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta
* ¿Vive solo o con otras personas? Solo Con otros Me niego a responder la pregunta
* ¿Sus ingresos son superiores, iguales o inferiores a lo indicado en la tabla para el tamaño de su hogar? Superiores Iguales/Inferiores Me niego a responder la pregunta

## Tabla de niveles de ingresos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del hogar | Ingreso mensual | Ingresos anuales |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |

Utilice la tabla para determinar si sus ingresos son superiores, iguales o inferiores a los ingresos mensuales o anuales indicados para el tamaño de su hogar. Por cada persona adicional, añada $5500 a los ingresos anuales.

# Sección sobre la comunicación

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección sobre apoyo y acceso a los servicios

* Cobertura médica (seleccione todo lo que corresponda): Medicare Medicare Advantage

Medicaid Exenciones (*waivers*) de Medicaid Administración de Veteranos Privado

Ninguno Otro seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta

* ¿Puede acceder a este servicio a través de otro beneficio o programa (por ejemplo, a través de los beneficios de Medicaid o Medicare)? Sí No Me niego a responder la pregunta

No sé

* ¿Tiene apoyo externo fiable de familiares, amigos o un cuidador? Sí No Me niego a responder la pregunta
* ¿Está confinado en su hogar? Seleccione “Sí” si alguna de las siguientes afirmaciones es cierta en su caso:
  + necesita ayuda de otra persona para salir de su hogar,
  + tiene una afección médica o discapacidad que le dificulta salir de su hogar con regularidad o
  + solo puede salir de su hogar con poca frecuencia y por períodos cortos.

Sí No Me niego a responder la pregunta

* ¿Está aislado de los recursos comunitarios? Algunos ejemplos de recursos comunitarios son las tiendas, los bancos, los servicios de salud y las actividades en los centros para adultos mayores. Seleccione “Sí” si alguna de las siguientes afirmaciones es cierta en su caso:
  + vive en una zona remota,
  + tiene una afección médica o una discapacidad que le dificulta el acceso a los recursos comunitarios,
  + tiene dificultades económicas o tecnológicas que le dificultan el acceso a los recursos comunitarios,
  + no puede conducir ni utilizar el transporte público o
  + no se siente bienvenido en su comunidad debido a barreras culturales o lingüísticas.

Sí No Me niego a responder la pregunta

# Sección sobre evaluación nutricional

## Puntuación de riesgo nutricional

Determine su estado nutricional. Marque “Sí” si la afirmación es cierta en su caso y sume la “puntuación ‘Sí’” a su puntuación total.

| Preguntas para la puntuación del riesgo nutricional | Sí | No | Me niego a responder la pregunta | Puntua-ción  de sí |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Tiene alguna enfermedad o afección que le haya obligado a cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que consume? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |
| 1. ¿Come menos de 2 comidas al día? | ☐ | ☐ | ☐ | 3 |
| 1. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |
| 1. ¿Bebe 3 o más bebidas alcohólicas (cerveza, licor o vino) casi todos los días? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |
| 1. ¿Tiene problemas dentales o bucales que le dificultan comer? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |
| 1. ¿Hay ocasiones en las que no tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita? | ☐ | ☐ | ☐ | 4 |
| 1. ¿La mayor parte del tiempo come solo? | ☐ | ☐ | ☐ | 1 |
| 1. ¿Toma 3 o más medicamentos diferentes al día, recetados o de venta libre? | ☐ | ☐ | ☐ | 1 |
| 1. Sin querer, ¿perdió o ganó 10 libras en los últimos 6 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |
| 1. ¿Hay momentos en los que es físicamente incapaz de comprar, cocinar o comer por sí mismo? | ☐ | ☐ | ☐ | 2 |

Puntuación total de riesgo nutricional (puntuación “Sí” total): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Significado de la puntuación total de riesgo nutricional: 0 a 2 = Sin riesgo, 3 a 5 = Riesgo moderado, 6 o más = Riesgo alto

Si tiene un alto riesgo nutricional, consulte con un profesional médico o de servicios sociales cualificado.

# Actividades de la vida diaria (se debe completar para calificar)

Indique el nivel de ayuda que necesita con cada actividad.

Independiente: no necesito ayuda con esta actividad

Algo de ayuda: necesito algo de ayuda o recordatorios de otra persona, pero puedo hacer parte de esta actividad por mi cuenta

Dependiente: siempre necesito la ayuda de otra persona para hacer esta actividad

| Actividades de la Vida Diaria | Independiente | Algo de ayuda | Dependiente |
| --- | --- | --- | --- |
| Bañar o Ducharse | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vestirse: ponerse y quitarse la ropa y los zapatos | ☐ | ☐ | ☐ |
| Usar el baño: llegar al inodoro, sentarse y levantarse, quitarse/ponerse la ropa, limpiarse | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pasarse de la cama a la silla o viceversa: levantarse, sentarse y acostarse | ☐ | ☐ | ☐ |
| Caminar/Moverse por la casa | ☐ | ☐ | ☐ |
| Comer y beber | ☐ | ☐ | ☐ |

Comentarios sobre las actividades de la vida diaria (ADL): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Actividades instrumentales de la vida diaria (se debe completar para calificar)

Indique el nivel de ayuda que necesita con cada actividad.

Independiente: no necesito ayuda con esta actividad

Algo de ayuda: necesito algo de ayuda o recordatorios de otra persona, pero puedo hacer parte de esta actividad por mi cuenta

Dependiente: siempre necesito la ayuda de otra persona para hacer esta actividad

| Actividades instrumentales de la vida diaria | Independiente | Algo de ayuda | Dependiente |
| --- | --- | --- | --- |
| Preparación de comidas: planificación, preparación y limpieza | ☐ | ☐ | ☐ |
| Compras: elegir y pagar por alimentos, productos para el hogar, ropa y otros artículos | ☐ | ☐ | ☐ |
| Manejo de medicamentos: obtener recetas médicas y tomar los medicamentos según lo indicado | ☐ | ☐ | ☐ |
| Administración del dinero: elaborar presupuestos, uso de tarjetas y cuentas bancarias, pago de facturas | ☐ | ☐ | ☐ |
| Uso del teléfono: hacer y recibir llamadas | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tareas domésticas ligeras: ordenar, barrer, pasar la aspiradora, limpiar el piso, limpiar las superficies de la cocina y el baño, sacar la basura | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tareas domésticas pesadas: limpiar la casa a fondo, mover muebles ligeros para limpiar debajo/detrás | ☐ | ☐ | ☐ |

Comentarios sobre las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Alguien le ayuda con las ADL o las IADL?

Sí No Me niego a responder la pregunta

* + En caso afirmativo, ¿quién le ayuda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección sobre el contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me niego a dar un contacto

# Declaración y autorización para compartir información

He sido informado de las políticas sobre las contribuciones voluntarias, los procedimientos de reclamaciones y los derechos de apelación. Soy consciente de que para recibir los servicios solicitados puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque aquí  si este formulario lo llena otra persona que no sea el cliente (por ejemplo, un cuidador o evaluador) y firme abajo.

Completado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_