Formulario de evaluación del cuidador

¡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.

# Relación entre el cuidador y quien recibe los cuidados

* Marque la casilla para confirmar que usted es un cuidador pariente elegible de un adulto mayor:

Usted es un familiar adulto (mayor de 18 años) u otra persona (por ejemplo, un amigo o vecino) que es un cuidador informal (no remunerado) a domicilio o en la comunidad de la persona que recibe los cuidados.

* Seleccione la elegibilidad de quien recibe cuidados:

la persona que cuida es un adulto mayor (de 60 años o más) con 2 o más limitaciones en las actividades de la vida diaria,

o

la persona a la que cuida es un individuo con demencia o un trastorno neurológico o cognitivo relacionado.

* ¿Cuál es su relación con la persona que cuida?

Esposo Esposa Pareja de hecho Hijo/Yerno Hija/Nuera Hermana Hermano Abuelo(a) Padre/madre

Otro pariente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No pariente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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

* ¿Puede acceder a este servicio a través de otro beneficio o programa Por ejemplo, a través de los beneficios de Medicaid, la Administración de Veteranos (VA) o Medicare de quien recibe los cuidados, o de programas de asistencia alimentaria

Sí No Me niego a responder la pregunta No sé

* ¿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 el contacto en caso de emergencia

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

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

☐Me niego a dar un contacto

# Sección sobre las necesidades del cuidador

* ¿Recibe ayuda de alguien con sus tareas como cuidador?

Sí, ayuda profesional/remunerada (formal) Sí, ayuda informal Sí, ayuda formal e informal

No Me niego a responder la pregunta

* + Si responde ‘sí’, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Índice modificado de estrés del cuidador

A continuación se incluye una lista de cosas que pueden ser difíciles para los cuidadores. Si alguna de las siguientes afirmaciones aplica a su caso, indique si es algo que sucede regularmente o a veces. Si algo no aplica a su caso, marque ‘No’. Su situación puede ser ligeramente diferente, pero el punto podría seguir siendo aplicable.

| Índice modificado de estrés del cuidador | Sí, regular-mente  (2 pts.) | Sí, a veces (1 pt.) | No (0 pt.) | Me niego a responder las preguntas  (0 pt.) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mi sueño se ve interrumpido. Por ejemplo: la persona que cuido deambula por la noche, necesita ayuda; yo no puedo dormir |  |  |  |  |
| Cuidar de otras personas es inconveniente. Por ejemplo: ayudar lleva mucho tiempo, hay que conducir mucho para ayudar |  |  |  |  |
| Ser cuidador supone un esfuerzo físico. Por ejemplo: levantar o sentar en una silla/cama/inodoro |  |  |  |  |
| Ser cuidador es limitante. Por ejemplo: limita mi tiempo libre; no puedo ir a donde quiero |  |  |  |  |
| Hemos tenido que hacer ajustes familiares. Por ejemplo: ayudar ha alterado mi rutina; no tengo privacidad; tenemos discusiones familiares |  |  |  |  |
| He tenido que cambiar mis planes personales. Por ejemplo: no puedo irme de vacaciones; no puedo participar en las actividades que disfruto |  |  |  |  |
| Otras obligaciones ocupan mi tiempo. Por ejemplo: otros familiares me necesitan; yo trabajo |  |  |  |  |
| He tenido que hacer ajustes emocionales. Por ejemplo: discusiones con la familia sobre el cuidado; ira; tristeza |  |  |  |  |
| Algunos comportamientos me molestan. Por ejemplo: la persona que cuido tiene problemas de memoria; arrebatos |  |  |  |  |
| Es muy triste descubrir que la persona que cuido ha cambiado tanto con respecto a como era antes. Por ejemplo: la persona que recibe los cuidados es diferente a como era antes, es incapaz de hacer cosas |  |  |  |  |
| He tenido que hacer ajustes en el trabajo. Por ejemplo: tengo que tomar días libres para cumplir con mis obligaciones como cuidador; ajustar horarios; no puedo trabajar |  |  |  |  |
| Ser cuidador supone una carga económica. Por ejemplo: utilizo mis finanzas personales para el cuidado de la persona; no estoy seguro de mi situación financiera a futuro |  |  |  |  |
| Me siento completamente abrumado. Por ejemplo: me preocupa la persona a la que cuido; me preocupa mi futuro |  |  |  |  |

Puntuación total del índice de estrés del cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Formulario de evaluación sobre quien recibe los cuidados

Llene este formulario con los datos de la persona a la que cuida

# 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Elegibilidad de quien recibe cuidados

* Evaluación de elegibilidad por deterioro cognitivo: quien recibe los cuidados tiene deterioro cognitivo y necesita que ayuda física o instrucciones verbales de otro para garantizar su seguridad y la de los demás.

Sí No

* Quien recibe los cuidados tiene 2 o más limitaciones en las actividades de la vida diaria.

Sí No

# Sección sobre la información de contacto

* ¿La persona que recibe los cuidados vive con el cuidador?

Sí. Pase a la sección sobre los datos demográficos No

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 el contacto en caso de emergencia

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

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

☐Me niego a dar un contacto

# 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 la persona 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 | Me niego a responder la pregunta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

Indique el nivel de ayuda que la persona 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 | Me niego a responder la pregunta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Transporte: conducir, caminar o usar otros medios de transporte, como autobuses | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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? Haga clic o toque aquí para agregar texto.
* ¿Le interesa aprender sobre nutrición y alimentación saludable? Si es así, le invitamos a inscribirse en Text2LiveHealthy, un programa de educación nutricional a través de mensajes de texto. Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para inscribirse o envíe la palabra “FRUIT” al 97699. Puede haber tarifas por mensajería y datos. Envíe “HELP” para recibir información y “STOP” para darse de baja. No es necesario comprar nada. Visite [Text 2 Live Healthy](https://coloradosph.cuanschutz.edu/text2livehealthy) para consultar la política de privacidad y los términos y condiciones de uso.



# 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_