Formulario de evaluación para las comidas a domicilio

¡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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Segundo nombre (si corresponde): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Apellidos: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Apodo (si corresponde): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Fecha de nacimiento: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Edad: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

## Si es menor de 60 años, seleccione su elegibilidad para recibir comidas a domicilio:

[ ] Cónyuge autodeclarado de un participante mayor de 60 años

Nombre completo del cónyuge mayor de 60 años: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Las siguientes personas solo califican cuando no hay lista de espera para las comidas a domicilio:

[ ] Voluntario para los programas de comidas

[ ] Persona con discapacidad que vive con un participante activo mayor de 60 años

Nombre completo del participante mayor de 60 años: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# Sección sobre la información de contacto

Teléfono de casa: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Teléfono celular: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Correo electrónico: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Dirección de domicilio, línea 1: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Dirección de domicilio, línea 2 (apto./unidad/piso): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Condado: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Ciudad: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Estado: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Código postal: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

La dirección postal es la misma que el domicilio [ ]

Dirección postal, línea 1: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Dirección postal, línea 2 (apto./unidad/piso): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Ciudad: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Estado: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Código postal: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# 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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

[ ] 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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

[ ] 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? Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# 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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

[ ] 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 HCBS de Medicaid o Medicare Advantage?

[ ] Sí

[ ] No

[ ] Me niego a responder la pregunta

[ ] No sé

* ¿Tiene apoyo externo fiable para acceder a alimentos o preparar comidas (por ejemplo, familiares, amigos o un cuidador)?

[ ] Sí

[ ] No

[ ] Me niego a responder la pregunta

* ¿Podría participar en las comidas grupales en un lugar comunitario?

[ ] 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.

1. ¿Tiene alguna enfermedad o afección que le haya obligado a cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que consume?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Come menos de 2 comidas al día?

[ ] Sí. Añada 3 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Bebe 3 o más bebidas alcohólicas (cerveza, licor o vino) casi todos los días?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Tiene problemas dentales o bucales que le dificultan comer?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Hay ocasiones en las que no tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita?

[ ] Sí. Añada 4 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿La mayor parte del tiempo come solo?

[ ] Sí. Añada 1 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Toma 3 o más medicamentos diferentes al día, recetados o de venta libre?

[ ] Sí. Añada 1 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Sin querer, ¿perdió o ganó 10 libras en los últimos 6 meses?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. ¿Hay momentos en los que es físicamente incapaz de comprar, cocinar o comer por sí mismo?

[ ] Sí. Añada 2 a su puntuación total

[ ] No. Añada 0 a su puntuación total

[ ] Me niego a responder la pregunta

Puntuación total de riesgo nutricional (puntuación “Sí” total): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

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.

## El signo vital del hambre

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si en los últimos 12 meses si han sido “a menudo cierto”, “a veces cierto” o si “nunca sucedió”:

1. Me preocupaba quedarme sin comida antes de tener dinero para comprar más

[ ] Nunca sucedió

[ ] A veces cierto

[ ] A menudo cierto

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. La comida que compré no duró y no tenía dinero para comprar más

[ ] Nunca sucedió

[ ] A veces cierto

[ ] A menudo cierto

[ ] Me niego a responder la pregunta

Si respondió “a menudo cierto” o “a veces cierto” a cualquiera de las preguntas anteriores, usted está en riesgo de inseguridad alimentaria. Para obtener recursos alimenticios y nutricionales, llame a la línea confidencial de ayuda alimentaria al número gratuito 855-855-4626.

## Asesoramiento nutricional

¿Le interesa recibir asesoramiento nutricional?

[ ] Sí
[ ] No

# Actividades de la vida diaria

Indique el nivel de ayuda que necesita con cada actividad.

1. Bañarse o ducharse

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Vestirse: ponerse y quitarse la ropa y los zapatos

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Usar el baño: llegar al inodoro, sentarse y levantarse, quitarse/ponerse la ropa, limpiarse

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Pasarse de la cama a la silla o viceversa: levantarse, sentarse y acostarse

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Caminar/moverse por la casa

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Comer y beber

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

Comentarios sobre las actividades de la vida diaria (ADL): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# Actividades instrumentales de la vida diaria

Indique el nivel de ayuda que necesita con cada actividad.

1. Preparación de comidas: planificación, preparación y limpieza

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Compras: elegir y pagar por alimentos, productos para el hogar, ropa y otros artículos

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Manejo de medicamentos: obtener recetas médicas y tomar los medicamentos según lo indicado

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Administración del dinero: elaborar presupuestos, uso de tarjetas y cuentas bancarias, pago de facturas

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Uso del teléfono: hacer y recibir llamadas

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Tareas domésticas ligeras: ordenar, barrer, pasar la aspiradora, limpiar el piso, limpiar las superficies de la cocina y el baño, sacar la basura

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Tareas domésticas pesadas: limpiar la casa a fondo, mover muebles ligeros para limpiar debajo/detrás

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

1. Transporte: conducir, caminar o usar otros medios de transporte, como autobuses

[ ] 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

[ ] Me niego a responder la pregunta

Comentarios sobre las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL): Haga clic o toque aquí para agregar texto.

* ¿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.

# Sección sobre el contacto en caso de emergencia

Nombre: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Teléfono: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Relación con el contacto: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

[ ] Me niego a dar un contacto

¿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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Fecha: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Fecha: Haga clic o toque aquí para agregar texto.