Formulario de evaluación para asesoramiento nutricional

¡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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Si es menor de 60 años, seleccione su elegibilidad para recibir asesoramiento nutricional

Participante actual de un programa de comidas grupales o a domicilio

Cuidador de una persona mayor de 60 años

# 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.

## 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.

# Sección sobre el contacto en caso de emergencia

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

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

☐Me niego a dar un contacto

# Objetivos SMART

Nutricionistas: Por favor, crear una nota del caso con los objetivos SMART.

¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_