Formulario de evaluación para el programa de comidas en grupo

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

Comedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Si es menor de 60 años, seleccione su elegibilidad para las comidas grupales:

Cónyuge autodeclarado de un participante mayor de 60 años

Nombre completo del cónyuge mayor de 60 años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 en el edificio donde se encuentra el comedor

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

Nombre completo del participante 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 para acceder a alimentos o preparar comidas (por ejemplo, familiares, amigos o un cuidador)?

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.

## Asesoramiento nutricional

¿Le interesa recibir asesoramiento nutricional?

Sí No

# Sección sobre el contacto en caso de emergencia

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

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

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_