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: 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.

# 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:Haga clic o toque aquí para agregar texto.

No pariente: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

* ¿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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Teléfono: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

Relación: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

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: Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# 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.

1. Mi sueño se ve interrumpido. Por ejemplo: la persona que cuido deambula por la noche, necesita ayuda; yo no puedo dormir

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Cuidar de otras personas es inconveniente. Por ejemplo: ayudar lleva mucho tiempo, hay que conducir mucho para ayudar

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Ser cuidador supone un esfuerzo físico. Por ejemplo: levantar o sentar en una silla/cama/inodoro

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Ser cuidador es limitante. Por ejemplo: limita mi tiempo libre; no puedo ir a donde quiero

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Hemos tenido que hacer ajustes familiares. Por ejemplo: ayudar ha alterado mi rutina; no tengo privacidad; tenemos discusiones familiares

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. He tenido que cambiar mis planes personales. Por ejemplo: no puedo irme de vacaciones; no puedo participar en las actividades que disfruto

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Otras obligaciones ocupan mi tiempo. Por ejemplo: otros familiares me necesitan; yo trabajo

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. He tenido que hacer ajustes emocionales. Por ejemplo: discusiones con la familia sobre el cuidado; ira; tristeza

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Algunos comportamientos me molestan. Por ejemplo: la persona que cuido tiene problemas de memoria; arrebatos

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. 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

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. 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

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. 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

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

1. Me siento completamente abrumado. Por ejemplo: me preocupa la persona a la que cuido; me preocupa mi futuro

Sí, regularmente. Añada 2 puntos a la puntuación

Sí, a veces. Añada 1 a la puntuación

No. Añada 0 a la puntuación

Me niego a responder las preguntas

Puntuación total del índice de estrés del cuidador:Haga clic o toque aquí para agregar texto.

# 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: 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.

# 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: 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

* ¿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: 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

# 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 de riesgo nutricional

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.

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

Indique el nivel de ayuda que la persona 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

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

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

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

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

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

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 la persona 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.
* ¿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.