**Formulario de Evaluación para los Servicios en el Hogar**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido:** | | | | |  | | | | | **Nombre:** | | |  | | | | | | **In. del 2.ºNombre:** | | |  |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | | |  | | | | | **Edad:** | |  | |
| **Género/Identidad:**  Masculino  Femenino  Otro género no indicado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | | | |  | | | | Ciudad: | |  | | | | | |
| C.P.: |  | | Condado: | | |  | | | | | | | | | Estado: | | |  | |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | | | | |  | | | | Ciudad: | |  | | | | | |
| C.P.: |  | | Condado: | | |  | | | | | | | | | Estado: | | |  | |

|  |
| --- |
| **Comentarios sobre la ubicación** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idioma primario:**  Inglés  Español  Otro: | |  | | |
| **¿Es usted un veterano de guerra?**  Sí  **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | | | |
| Indígena americano/Nativo de Alaska | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | | | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Blanco | | | |
| Negro o Afroamericano | | Otro no indicado: | |  | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas | | | | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | | | | |  |
|  | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica (continuado):** |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,073 | $12,880 |
| 2 | $1,452 | $17,420 |
| 3 | $1,830 | $21,960 |
| 4 | $2,208 | $26,500 |
| Por cada persona adicional, agregue $4,540 a los ingresos anuales | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Contacto de Emergencia:** |

**Contacto de emergencia primario:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | |
| Teléfono: |  | Parentesco: |  |
| **Contacto de Emergencia Secundario o Cuidador** (si corresponde):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre: |  | | | | Teléfono: |  | Parentesco: |  |   **Poder Notarial** (si corresponde):   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre: |  | | | | | | Teléfono: |  | | Parentesco: |  | | | Tipo de poder notarial: | |  | | | | | | | |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Evaluación de Nutrición:** |

Determine su salud nutricional. Si la afirmación es correcta para usted, marque la casilla de la columna "Sí" y sume los puntos de la columna "Puntuación de sí" a la puntuación total.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas para la puntuación del riesgo nutricional** | **Sí** | **No** | **Puntua-ción de sí** |
| ¿Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come? |  |  | 2 |
| ¿Come menos de 2 comidas al día? |  |  | 3 |
| ¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos? |  |  | 2 |
| ¿Toma 3 o más medidas de cerveza, licor o vino casi todos los días? |  |  | 2 |
| ¿Tiene problemas dentales o bucales que le ocasionan dificultades para comer? |  |  | 2 |
| ¿Algunas veces no tiene dinero suficiente para comprar la comida que necesita? |  |  | 4 |
| ¿Come a solas la mayor parte del tiempo? |  |  | 1 |
| ¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día? |  |  | 1 |
| Sin quererlo, ¿ha bajado o aumentado 10 libras en los últimos seis meses? |  |  | 2 |
| ¿En algunas ocasiones usted no puede físicamente comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo? |  |  | 2 |
| **Puntuación del riesgo nutricional total** *Puntuación total de "sí":* | | | |

Puntuación del riesgo nutricional total: 0-2 = Sin riesgo, 3-5 = Riesgo moderado, 6 o más = Riesgo alto

Si tiene un riesgo nutricional alto, ¡tome medidas! Hable con un profesional de la salud o servicios sociales cualificado sobre su salud nutricional. Proveedores: Si el cliente tiene un riesgo nutricional alto, hagan una anotación sobre el caso y la remisión correspondiente.

|  |
| --- |
| **Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades de la Vida Diaria (ADL, por sus siglas en inglés)** | **Sí** | **No** |
| Me puedo bañar sin ayuda. |  |  |
| Me puedo vestir sin ayuda. |  |  |
| Puedo moverme por mi casa sin ayuda. |  |  |
| Puedo usar el inodoro sin ayuda. |  |  |
| Puedo comer sin ayuda. |  |  |
| Puedo subir y bajar de la cama/sillas sin ayuda. |  |  |
| **Total de ADL** (puntuación total de "No") |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL, por sus siglas en inglés)** | **Sí** | **No** |
| Puedo administrar dinero sin ayuda. |  |  |
| Puedo encargarme de las compras sin ayuda. |  |  |
| Puedo tomar mis medicamentos sin ayuda. |  |  |
| Puedo preparar comidas sin ayuda. |  |  |
| Puedo hacer las tareas domésticas habituales sin ayuda. |  |  |
| Puedo usar el teléfono sin ayuda. |  |  |
| Puedo usar el transporte sin ayuda. |  |  |
| **Total de IADL** (puntuación total de "No") |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Comentarios sobre las ADL/IADL:** |  | |
| **¿Alguna persona lo está ayudando con las ADL o IADL?**  Sí  No | | |
| **Si respondió que sí, ¿quién lo está ayudando?** | |  |

|  |
| --- |
| **Interés en Otros Servicios:** |

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

Medicaid  Medicare  Otro  Ninguno

**¿Tiene interés en recibir asesoramiento sobre nutrición?**  Sí  No

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

|  |
| --- |
| **Otros Criterios de Elegibilidad:** |

**¿El cliente requiere servicios de asistencia de salud en el hogar por prescripción médica?**  Sí  No

**¿El cliente puede realizar las tareas domésticas sin ayuda?**  Sí  No

**Comentario sobre la incapacidad del cliente para realizar las tareas domésticas:**

|  |
| --- |
|  |

**¿El cliente tiene deterioro cognitivo?**  No  Leve  Moderado  Grave

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas 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:** |  |

****

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación)* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |

Elegibilidad para las comidas a domicilio

Persona mayor de 60 años

Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona que cumple los requisitos

Persona con discapacidades que vive con la persona que cumple los requisitos

Voluntario de HDM

Elegibilidad para los servicios en el hogar (Centro de cuidado diurno para adultos, Asistencia de salud en el hogar, Trabajo doméstico, Atención personal)

2+ ADL (centro de cuidado diurno para adultos, asistencia de salud en el hogar, atención personal)

2+ IADL (solo trabajo doméstico)

*y/o*  Deterioro cognitivo (todo)

*y*  prescripción médica (solo asistencia de salud en el hogar)

Elegibilidad para las tareas:

No puede realizar las tareas domésticas sin ayuda

Elegibilidad para los servicios de administración de casos:

Persona mayor de 60 años