**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