|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSA 28 HDM Forma de entrada**  Titulo III C Program de Nutrición de Ancianos Artículos con (\*) son **requeridos**  (RC) es Rehúso contestar | | | | | Ruta # | | **In-Take Date**:\_\_\_\_\_\_\_\_  Active Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Active Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Active Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_  Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_  Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_  *(denote inactive reasons on page 5 HDM Inactive Notes)* | |
| # de dias | |
| \*Primer nombre | | \*Inicial | | \*Nombre de soltero | | | \*Apellido | | | |
| \*Fecha de nacimiento | | | | | | | \*Últimos 4 números del Seguro Social  \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | | |
| \*Teléfono de casa | Teléfono alternativo | | | | | | Correo electrónico: | | | |
| \*Dirección ❑ Departamento? | | | | | | | \*Ciudad | | | \*Codigo postal |
| **\*Relación/Estado marital**  ❑ casado ❑ viudo ❑ Soltero ❑ Divorciado/Separado  ❑ Pareja domestica ❑ Rehúso contestar  **\*Jefe de familia?** ❑ Si ❑ No  **\*Veterano:** ❑ Si ❑ No **\*Dependiente de Veterano:** ❑ Yes ❑ No  **\*Rural:** ❑ Si ❑ No  **Nivel de educación**: ❑ Compete 8o grado ❑ Compete 9o –11o grado ❑ Compete 12o grado ❑ 1-3 años de universidad ❑ 4 años de universidad ❑ más de 4 años de universidad ❑ Desconocido | | | | | | | **\*Estimado de ingreso familiar**  **$** \_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Individual ❑ familiar  ❑ Mensual ❑ Anual  ❑ Debajo de Pobreza  ❑ Arriba de Pobreza  ❑ Recibo Seguro Social | | | **\*Medicare ID’s**  Medicare A:\_\_\_\_\_  Medicare B:\_\_\_\_\_ |
| **\*Idioma**  ❑ Ingles  ❑ No-Ingles  ❑ Interprete |
| \*Discapacidad cognitiva: ❑ Ninguna ❑ Demencia temprana ❑ Ligera ❑ Moderada ❑ Severa ❑ Alzheimer’s  \*Discapacidad: ❑ Si ❑ No \*Derrame cerebral: ❑ Si ❑ No \*Historia de enfermedades mentales: ❑ Si ❑ No | | | | | | | | | | |
| \*¿Vive solo? ❑ Sí ❑ No ¿Vive con?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # en el hogar: | | | **\*Info., de contacto del trabajador social/cuidador:** | | | | | **\*Instrucciones Especiales de entrega** | | |
| **\*Contacto de Emergencia**  **Nombre:**  **Teléfono:**  **Relación:**  **Email:** | | | | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 🞎 Blanco  🞎 Negro  🞎 Chino  🞎 Koreano  🞎 Filipino  🞎 Japones  🞎 Vietnamis | 🞎 Camboyano  🞎 Laosiano  🞎 Indio Asiático  🞎 Otro Asiático  🞎 Guamano  🞎 Hawaiano  🞎 Samoano | 🞎 Hispano/Latino  🞎 Indio Ame./Alaska  🞎 Otro Isleño del Pacifico  🞎 Raza múltiple  🞎 Otra raza  🞎 Rehuso contestar |   \***Raza/Etnia** ***(Marque todos las que aplican)*** | | | | |
| **\*Identidad de género:**  ❑ No contestado ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Genero queer/Género No-binario  ❑ Transgénero Femenino a Masculino ❑ Transgénero Masculino a Femenino ❑ No registrado/Otro Por favor especifique  **\*Sexo al nacer:**  ❑ No contestado ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Rechazado/No registrado  **\*Orientación Sexual:**  ❑ Rechazado/No registrado ❑ Heterosexual ❑ Bisexual ❑ Gay/Lesbiana/Amo al mismo genero  ❑ En cuestión/No estoy seguro ❑ No registrado/Otro. Por favor especifique | | | | | | | | | | |
| **Elegibilidad (*(Marque todos las que apliquen)***  **❑ ¿Es mayor de 60 años?**  **❑ ¿Está confinado en casa por enfermedad, discapacidad o aislamiento?**  **❑ ¿Es usted esposa(o) de un anciano que califica?**  **❑ ¿Es usted un individuo con una discapacidad que vive con un anciano que califica?**  **❑ ¿Es FRAGIL?**  **ELIGIBLE TO RECEIVE HDM ❑ Yes ❑ No Intake Staff Initial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Explain why not eligible:* | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Nombre: Últimos 4 dígitos del SS: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*ADLs and IADLs** (Actividades del Vivir Cotidianas y Actividades Instrumentales del Vivir Cotidiano)  Por favor clasifique su habilidad funcional para las siguientes actividades: | | | | | | | | | | |
| **ADL** | **Valor** | **ADL** | **Valor** | **IADL** | **Valor** | **IADL** | **Valor** | **IADL** | **Valor** | **TOTAL**  **ADL/IADL**  **VALUE:**  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| **Comer** |  | **Transla-darse** |  | **Preparar comida** |  | **Manejo de dinero** |  | **Trabajo de casa ligero** |  |
| **Bañarse** |  | **Caminar** |  | **Ir de compras** |  | **Teléfono** |  | **Transporta-ción** |  |
| **Ir al baño** |  | **Vestirse** |  | **Manejo de medicinas** |  | **Trabajo de casa pesado** |  |  | |
| Escala de Clasificación (Valor): **1=Independiente 2=Asistencia verbal 3=Poco de ayuda. 4=Mucha ayuda. 5=Dependiente**  *Nota: el valor total será usado para la prioridad de la lista de personas en espera* | | | | | | | | | | |
| **Puedo sacar la basura: ❑ Si ❑ No**  **Puedo abrir la puerta: ❑ Si ❑ No**  **Barreras arquitectorales: ❑ Si ❑ No** | | | | NOTAS: | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONDICIONES EN LOS ULTIMOS 12 MESES:** | | | |
| ***Riesgo de Abuso de Ancianos*** | Si | No | Si sí, Por favor explique |
| 1. ¿Siente que lo cuidan en casa? (negligencia) |  |  |  |
| 2. ¿Ha habido alguien que le hable de manera que lo haga sentir avergonzado o amenazado? (verbal) |  |  |  |
| 3. ¿Ha habido alguien que le hable de manera que lo haga sentir avergonzado o amenazado? (verbal) |  |  |  |
| 4. Ha habido alguien que lo haya tratado de forzar a firmar documentos importantes? (financiero) |  |  |  |
| 5. ¿Hay alguien que lo haga hacer cosas que usted no quiere? (físico, sexual, financiero) |  |  |  |
| *Si cualquier de las preguntas es SI, maque SI aqui*:  **Abuso/Negligencia/** |  |  |  |
| ***Riesgo de Caídas*** | Si | No | Si sí, Por favor explique |
| 1. ¿Se ha caído en los últimos 3 meses? |  |  |  |
| 2. ¿Ha sido hospitalizado por una caída en los últimos seis meses? |  |  |  |
| 3. ¿Usa o le han aconsejado que use un bastón o andadera para que se mueva más seguro? |  |  |  |
| 4. ¿Pierde a veces el balance cuando camina? |  |  |  |
| 5. ¿Se agarra de muebles cuando camina en la casa? |  |  |  |
| 6. ¿Se preocupa de que se vaya a caer? |  |  |  |
| 7. ¿Necesita el apoyo de alguien más para pararse de una silla? |  |  |  |
| 8. ¿Tiene problema cuando da vuelta? |  |  |  |
| 9. ¿Tiene que apresurarse seguido al baño? |  |  |  |
| 10. ¿Ha perdido algo de sensibilidad en los pies? |  |  |  |
| 11. ¿Toma medicina que lo hace sentir mareado o más cansado de lo normal? |  |  |  |
| 12. ¿Toma medicina para dormer o mejorar su humor? |  |  |  |
| 13. ¿Se siente triste o deprimido seguido? |  |  |  |
| ***Riesgo de Aislamiento Social*** | Si | No | Si No, Por favor explique |
| 1. ¿Ha pasado tiempo con su familia/amigos en las últimas dos semanas? |  |  |  |
| 2. ¿Tiene alguien con quien usted confía para contarle sus cosas personales y problemas? |  |  |  |
| 3. ¿Se considera que es secano con las personas que tiene contacto y que usted le importa a la gente? |  |  |  |
| 4. ¿Siente constantemente un sentido general de vacío? |  |  |  |
| 5. ¿Se siente rechazado seguido? |  |  |  |
| NOTAS: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: Últimos 4 dígitos del SS: | | |
| **Evaluación Nutricional *(realizado dos veces al año y datos en SAMS)*** | **Circule si Sí** | **Comentarios** |
| 1. ¿Ha hecho el cliente cambios de por vida de alimentación por razones de salud? | 2 |  |
| 2. ¿Se come el cliente menos de 2 comidas al día? | 3 |  |
| 3. ¿Se come el cliente pocas (menos de 5) verduras o frutas, o productos de leche al día? | 2 |  |
| 4. ¿Se toma el cliente 3 o más cervezas, licor o vino casi todos los días? | 2 |  |
| 5. ¿Tiene el cliente problemas para morder, masticar, o pasar que hacen el comer difícil? | 2 |  |
| 6. ¿Hay veces que el cliente no tiene suficiente dinero para comprar comida? | 4 |  |
| 7. ¿Come el cliente solo la mayoría de las veces? | 1 |  |
| 8. ¿Se toma el cliente 3 o más medicinas diferentes recetadas o sin receta médica al día? | 1 |  |
| 9. Sin querer, ¿ha Ganado o perdido el cliente 10 libras en los últimos 6 meses? | 2 |  |
| 10. ¿El cliente no siempre puede físicamente ir de compras, cocinar y/o comer por el mismo (o no tiene alguien que lo haga por el)? | 2 |  |
| ***0-2: riesgo bajo 3-5: riesgo moderado 6 o más: alto riesgo***  **Resultado Total de Hoy:** |  |  |
| NOTAS de la Evaluación Nutricional: |  |  |
| Fecha de Referencia(s) Hecha:  \_\_\_\_ Nutricionista (educación de nutrición o consejería nutricional)  \_\_\_\_ Trabajador Social/ Administradora de Casos/ APS  \_\_\_\_ Doctor Medico  \_\_\_\_ Facultad de Salud Mental  \_\_\_\_ Fármaco  \_\_\_\_ Dentista  \_\_\_\_ Programa de Prevención de Caídas  \_\_\_\_ Otro:  Indique la agencia a la que refirieron: |  |  |

|  |
| --- |
| Nombre: Últimos 4 Dígitos del SS: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Preguntas Generales y Dietéticas** | SI | No | Si Sí, Por favor agregue comentarios |
| ¿Tiene alguna restricción dietética por su condición de salud? |  |  |  |
| ¿Tiene alergias de comida? |  |  |  |
| ¿Tiene un refrigerador que funcione? |  |  |  |
| ¿Tiene un microondas que funcione? |  |  |  |
| ¿Es usted capaz física y mentalmente de abrir los contenedores de comida? |  |  |  |
| ¿Es usted capaz física y mentalmente de recalentar comida? |  |  |  |
| ¿Hay mascotas? Perros (numero) \_\_\_ Gatos (numero)\_\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| ¿Le dieron de alta del hospital recientemente? |  |  | Fecha de Salida del Hospital: |
| ¿Tienen alguna enfermedad o condición contagiosa? |  |  |  |
| NOTAS: | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado que realizo la evaluación, Nombre y Titulo Fecha

Consentimiento del Participante:

Entiendo que la información que estoy dando en esta forma es por razones para registración. Entiendo que será mantenida confidencial y que el personal de Area Agency on Aging y Proveedores de Servicios de Comida la pueden usar para identificar otros servicios de los que me pueda beneficiar.

Autorizo el compartir la información con mi cuidador, contacto de emergencia, o trabajador social durante mi participación en el programa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Participante o Representante Fecha

*Relación del representante con el participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| Nombre: Últimos 4 Dígitos del SS: |

**HDM INACTIVE NOTES:**

Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by Staff\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reasons:

Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by Staff\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reasons:

Inactive Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by Staff\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reasons: