**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:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **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:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género no indicado: |  |

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

**¿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 | $1,215.00 | $14,580.00 |
| 2 | $1,643.00 | $19,720.00 |
| 3 | $2,072.00 | $24,860.00 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,140 a los ingresos anuales | | |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

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

Medicare  Medicare Advantage (Parte C)  Medicaid  Exención de Medicaid (HCBS/ Cuidado de Medicaid a Largo Plazo)  Beneficios de VA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ninguno | Otro: |  |

**¿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?** |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacto de Emergencia:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Parentesco:** |  |

|  |
| --- |
| **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.

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

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

Pada cada actividad, por favor marque el nivel de asistencia necesaria para realizar la tarea.

**Independiente:** no necesita ayuda

**Asistencia verbal:** necesita dirección, monitoreo intermitente o recordatorio verbal

**Alguna ayuda:** necesita alguna ayuda, pero no requiere supervisión constante

**Mucha ayuda:** necesita ayuda y supervisión para la mayor parte de la actividad

**Dependiente:** totalmente dependiente de la ayuda, requiere supervisión constante

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades de la Vida Diaria (ADLs, por sus siglas en inglés)** | Independiente | | Asistencia verbal | Alguna ayuda | Mucha ayuda | Dependiente |
| Bañar o Ducharse |  | |  |  |  |  |
| Vestirse |  | |  |  |  |  |
| Usar el baño |  | |  |  |  |  |
| Subir y bajar de la cama/sillas |  | |  |  |  |  |
| Caminar/Moverse por la casa |  | |  |  |  |  |
| Comer |  | |  |  |  |  |
| **Comentarios sobre las ADLs:** | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs, por sus siglas en inglés)** | Independiente | | Asistencia verbal | Alguna ayuda | Mucha ayuda | Dependiente |
| Preparar comidas |  | |  |  |  |  |
| Compras |  | |  |  |  |  |
| Tomar medicamentos |  | |  |  |  |  |
| Administrar dinero |  | |  |  |  |  |
| Usar el teléfono |  | |  |  |  |  |
| Tareas domésticas ligeras |  | |  |  |  |  |
| Tareas domésticas pesadas |  | |  |  |  |  |
| Usar el transporte |  | |  |  |  |  |
| **Comentarios sobre las IADLs:** | |  | | | | |
| **¿Alguna persona lo está ayudando con las ADL o IADL?**  Sí  No | | | | | | |
| **Si respondió que sí, ¿quién lo está ayudando?** | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **Elegibilidad para los Servicios en el Hogar:** |

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

**¿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 - NSIP

Persona mayor de 60 años

Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona mayor de 60 años

Voluntario del programa de comidas

Persona con discapacidades que vive con una persona mayor de 60 años y la persona mayor de 60 años recibe las comidas a domicilio  
 Especificación de edad tribal

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