**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 | $1,132.00 | $13,590.00 |
| 2 | $1,526.00 | $18,310.00 |
| 3 | $1,919.00 | $23,030.00 |
| Por cada persona adicional, agregue $4,720 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  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