

PSA 28 HDM Forma de entrada Titulo III C Program de Nutrición de Ancianos Artículos con (*) son requeridos (RC) es Rehusó contestar		Ruta # # de dias	In-Take Date: _____ Active Date: _____ Active Date: _____ Active Date: _____	Inactive Date: _____ Inactive Date: _____ Inactive Date: _____ Inactive Date: _____ <i>(denote inactive reasons on page 5 HDM Inactive Notes)</i>
*Primer nombre	*Inicial	*Nombre de soltero	*Apellido	
*Fecha de nacimiento		*Últimos 4 números del Seguro Social _____		
*Teléfono de casa	Teléfono alternativo		Correo electrónico:	
*Dirección <input type="checkbox"/> Departamento?		*Ciudad	*Codigo postal	
*Relación/Estado marital <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Rehusó contestar *Jefe de familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Dependiente de Veterano: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *Rural: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Compete 8º grado <input type="checkbox"/> Compete 9o –11o grado <input type="checkbox"/> Compete 12o grado <input type="checkbox"/> 1-3 años de universidad <input type="checkbox"/> 4 años de universidad <input type="checkbox"/> más de 4 años de universidad <input type="checkbox"/> Desconocido		*Estimado de ingreso familiar \$ _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Debajo de Pobreza <input type="checkbox"/> Arriba de Pobreza <input type="checkbox"/> Recibo Seguro Social		*Medicare ID's Medicare A: _____ Medicare B: _____ *Idioma <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> No-Ingles <input type="checkbox"/> Interprete
*Discapacidad cognitiva: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Demencia temprana <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Alzheimer's *Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Derrame cerebral: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Historia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
*¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive con?: _____ # en el hogar: _____		*Info., de contacto del trabajador social/cuidador:		*Instrucciones Especiales de entrega
*Contacto de Emergencia Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Email: _____		*Raza/Etnia (Marque todos las que aplican) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Indio Ame./Alaska <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Raza múltiple <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamano <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Rehusó contestar <input type="checkbox"/> Vietnamis <input type="checkbox"/> Samoano		
*Identidad de género: <input type="checkbox"/> No contestado <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Genero queer/Género No-binario <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No registrado/Otro Por favor especifique _____ *Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> No contestado <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Rechazado/No registrado *Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Rechazado/No registrado <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/Amo al mismo genero <input type="checkbox"/> En cuestión/No estoy seguro <input type="checkbox"/> No registrado/Otro. Por favor especifique _____				
Elegibilidad ((Marque todos las que apliquen)) <input type="checkbox"/> ¿Es mayor de 60 años? <input type="checkbox"/> ¿Está confinado en casa por enfermedad, discapacidad o aislamiento? <input type="checkbox"/> ¿Es usted esposa(o) de un anciano que califica? <input type="checkbox"/> ¿Es usted un individuo con una discapacidad que vive con un anciano que califica? <input type="checkbox"/> ¿Es FRAGIL? ELIGIBLE TO RECEIVE HDM <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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		Transladarse		Preparar comida		Manejo de dinero		Trabajo de casa ligero		_____
Bañarse		Caminar		Ir de compras		Teléfono		Transportación		
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 <i>Nota: el valor total será usado para la prioridad de la lista de personas en espera</i>										
Puedo sacar la basura: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puedo abrir la puerta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Barreras arquitectónicas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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)										
<i>Si cualquier de las preguntas es SI, maque SI aqui:</i>										
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 dormir 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 seco 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: <input type="checkbox"/> Nutricionista (educación de nutrición o consejería nutricional) <input type="checkbox"/> Trabajador Social/ Administradora de Casos/ APS <input type="checkbox"/> Doctor Medico <input type="checkbox"/> Facultad de Salud Mental <input type="checkbox"/> Fármaco <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Programa de Prevención de Caídas <input type="checkbox"/> 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: