



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

HDM Solicitud Título III C Programa de Nutrición Para Personas Mayores Artículos con (*) son requeridos (PND) es Prefiero no decir		Ruta # _____ # de días _____ *Instrucciones Especiales de Entrega	In-Take Date: _____ Inactive Date: _____ Active Date: _____ Inactive Date: _____ Active Date: _____ Inactive Date: _____ Active Date: _____ <i>(denote inactive reasons on page 6 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 ☐ Departamento?			*Ciudad	*Codigo postal
*Relación/Estado marital ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Pareja domestica ☐ Prefiero no decir *Cabeza de familia? ☐ Si ☐ No *Veterano: ☐ Si ☐ No *Dependiente de Veterano: ☐ Si ☐ 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 ingreso del hogar \$ _____ ☐ Individual ☐ Hogar ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Debajo de Pobreza ☐ Arriba de Pobreza ☐ Recibo Seguro Social	*Medicare ID's Medicare A: _____ Medicare B: _____ *Aseguranza: _____ *Idioma ☐ Ingles ☐ Otro _____ ☐ Fluente en Ingles ☐ Interprete
*Discapacidad cognitiva: ☐ Ninguna ☐ Demencia temprana ☐ Ligera ☐ Moderada ☐ Severa ☐ Enfermedad de Alzheimers *Discapacidad: ☐ Si ☐ No *Derrame cerebral: ☐ Si ☐ No *Historia de enfermedades mental: ☐ Si ☐ No *Diabético: ☐ Si ☐ No				
*Arreglos de Vivienda ¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No ¿Vive con?: _____ # en el hogar: _____ ¿Es adecuada la temperatura de la casa del cliente? ☐ Sí ☐ No		*información de contacto del trabajador social/cuidador: *Información de contacto del Medico:		
*Contacto de Emergencia Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo Electronico: _____ Relación: _____		*Raza/Etnia (Marque todos las que aplican) ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Japones ☐ Vietnamita ☐ Camboyano ☐ Laosiano ☐ Indio Asiático ☐ Otro Asiático ☐ Guamaní ☐ Hawaiano ☐ Samoano ☐ Hispano/Latino ☐ Indio Ame./Alaska ☐ Otro Isleño del Pacifico ☐ Otra raza _____ ☐ Prefiero no decir		



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

*Sexo al Nacer:

☐ Masculino ☐ Femenino

*Orientación Sexual:

☐ Prefiero no decir ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay/Lesbiana/Amor entre personas del mismo género

☐ En cuestión/No estoy seguro ☐ No en lista/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 una persona mayor que califica?

☐ ¿Es usted un individuo con una discapacidad que vive con una persona mayor que califica?

☐ ¿Es FRAGIL?

ELIGIBLE TO RECEIVE HDM ☐ Yes ☐ No Intake Staff Initial: _____

Explain why not eligible:

*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 VALOR: _____
Comer		Trasladarse		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

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 arquitecturales: ☐ Si ☐ No
 Confuso/Olvidadizo: ☐ Si ☐ No

NOTAS:

CONDICIONES EN LOS ULTIMOS 12 MESES:

Riesgo de Abuso de Adultos Mayores	Si	No	Si es sí, por favor explique
1. ¿Se siente cuidado 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 lo haya tratado de forzar a firmar documentos importantes? (financiero)			
4. ¿Hay alguien que lo haga hacer cosas que usted no quiere? (físico, sexual, financiero)			
5. ¿Hay alguien que lo ha lastimado físicamente? (sexual, físico)			
Si cualquier de las preguntas es SI, maque SI aquí: Abuso/Negligencia/			
Riesgo de Caídas	Si	No	Si es 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?			



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

	Si	No	Si es sí, por favor explique
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 cercano a las personas con las que entra en contacto?			
4. ¿Siente que la gente se preocupa por usted?			
5. ¿Constantemente experimenta un sentimiento general de vacío?			
6. ¿Seguido se siente rechazado?			

NOTAS:



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

Evaluación Nutricional <i>(realizado dos veces al año y datos en SAMS)</i>	Circule si es 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 aumentado o perdido el cliente 10 libras en los últimos seis 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/ella)?	2																
0-2: riesgo bajo 3-5: riesgo moderado 6 o más: alto riesgo Resultado Total de Hoy:																	
NOTAS de la Evaluación Nutricional:																	
¿Qué información nutricional le gustaría tener? <table border="1"> <tbody> <tr> <td>☐ Alimentación Saludable</td> <td>☐ Seguridad Alimentaria</td> <td>☐ Interacciones con Alimentos y Medicamentos</td> </tr> <tr> <td>☐ Aumento de Peso/ Pérdida de Peso</td> <td>☐ Constipación</td> <td>☐ Control de la Hipertensión Arterial</td> </tr> <tr> <td>☐ Osteoporosis</td> <td>☐ Grasa y Colesterol</td> <td>☐ Salud Cerebral</td> </tr> <tr> <td>☐ Diabetes</td> <td>☐ Vitaminas/Suplementos</td> <td>☐ Antienvejecimiento</td> </tr> <tr> <td>☐ Ejercicio/Estado Físico</td> <td>☐ Salud del Corazón</td> <td>☐ Otro:</td> </tr> </tbody> </table>			☐ Alimentación Saludable	☐ Seguridad Alimentaria	☐ Interacciones con Alimentos y Medicamentos	☐ Aumento de Peso/ Pérdida de Peso	☐ Constipación	☐ Control de la Hipertensión Arterial	☐ Osteoporosis	☐ Grasa y Colesterol	☐ Salud Cerebral	☐ Diabetes	☐ Vitaminas/Suplementos	☐ Antienvejecimiento	☐ Ejercicio/Estado Físico	☐ Salud del Corazón	☐ Otro:
☐ Alimentación Saludable	☐ Seguridad Alimentaria	☐ Interacciones con Alimentos y Medicamentos															
☐ Aumento de Peso/ Pérdida de Peso	☐ Constipación	☐ Control de la Hipertensión Arterial															
☐ Osteoporosis	☐ Grasa y Colesterol	☐ Salud Cerebral															
☐ Diabetes	☐ Vitaminas/Suplementos	☐ Antienvejecimiento															
☐ Ejercicio/Estado Físico	☐ Salud del Corazón	☐ Otro:															
Fecha que se realizaron las referencia(s): <table> <tbody> <tr> <td>_____ Nutricionista (educación de nutrición o consejería nutricional)</td> <td>_____ Fármaco</td> </tr> <tr> <td>_____ Trabajador Social/ Administradora de Casos/ APS</td> <td>_____ Dentista</td> </tr> <tr> <td>_____ Doctor Medico</td> <td>_____ Programa de Prevención de Caídas</td> </tr> <tr> <td>_____ Facultad de Salud Mental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____ Otro:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			_____ Nutricionista (educación de nutrición o consejería nutricional)	_____ Fármaco	_____ Trabajador Social/ Administradora de Casos/ APS	_____ Dentista	_____ Doctor Medico	_____ Programa de Prevención de Caídas	_____ Facultad de Salud Mental		_____ Otro:						
_____ Nutricionista (educación de nutrición o consejería nutricional)	_____ Fármaco																
_____ Trabajador Social/ Administradora de Casos/ APS	_____ Dentista																
_____ Doctor Medico	_____ Programa de Prevención de Caídas																
_____ Facultad de Salud Mental																	
_____ Otro:																	
Indique la agencia a la que refirieron:																	



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

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 Área 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: _____



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

HDM INACTIVE NOTES:

Inactive Date: _____ by Staff _____

Reasons:

Inactive Date: _____ by Staff _____

Reasons:

Inactive Date: _____ by Staff _____

Reasons: