|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PSA 28 HDM Forma de entrada**Titulo III C Program de Nutrición de AncianosArtículos 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: