

# Formulario de admisión para comidas entregadas a domicilio

<b>Formulario de admisión para comidas entregadas a domicilio</b> <b>Nombre del proveedor</b> Este formulario está diseñado para ser completado por el personal de admisión. Los artículos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.		Ruta:	Fecha de admisión: _____ Fecha activa: _____ Fecha inactiva: _____ Fecha activa: _____ Fecha inactiva: _____ Fecha activa: _____ Fecha inactiva: _____	
Identificación única de participante:		* Fecha de conclusión:		* Razón:
*Nombre:	*Apellido	Inicial del Segundo nombre:	* Fecha de nacimiento: / /	
* Dirección de casa:		*Ciudad:	*Condado:	*Código Postal:
Direcciones / Identificadores:				
Dirección postal: (¿igual que residencial? <input type="checkbox"/> Sí)		Ciudad:	Condado:	* Código Postal:
El mejor teléfono de contacto: ( )		Nombre del contacto de emergencia:		
Teléfono alternativo: ( )		Teléfono: ( ) Relación contigo:		
<b>*Veterano</b>				
* ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rechazado/No Se Indica		* ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que esta servido o ha servido/a servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rechazado/No Se Indica		
*Si se identifica como afiliado militar, marque a continuación si:				
“Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos en <a href="http://www.calvet.ca.gov">www.calvet.ca.gov</a> o 1-800-952-5626.				
* ¿Cuál es su ingreso familiar aproximado? \$ _____ por <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			* ¿Área rural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
* Estado de pobreza: (calcular a partir de los ingresos del hogar) <input type="checkbox"/> En o por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL) <input type="checkbox"/> Más del 100% del FPL <input type="checkbox"/> Se negó a declarar				
* ¿Cuál es su género? (Marque solo una casilla) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Se negó a declarar				

<p><b>* ¿Cuál fue su sexo al nacer?</b> (Marque solo una)</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	<p><b>* ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual?</b> (Marque solo una)</p> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay / lesbiana / amor del mismo género <input type="checkbox"/> Cuestionando / No estoy seguro <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Se negó a declarar
<p><b>*Estado civil:</b>    <input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado)    <input type="checkbox"/> Casado    <input type="checkbox"/> Asociación doméstica    <input type="checkbox"/> Divorciado    <input type="checkbox"/> Separado  <input type="checkbox"/> Viudo/a Desde cuando: _____    <input type="checkbox"/> Se negó a declarar</p>	
<p><b>* Etnicidad (Marque uno):</b> Hispano    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Se negó a declarar</p>	<p><b>Idioma:</b>    <input type="checkbox"/> Habla Inglés    <input type="checkbox"/> Necesita intérprete  <input type="checkbox"/> No-Inglés / Idioma: _____</p>
<p><b>*Raza: (Marque uno)</b>    <input type="checkbox"/> Blanco    <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano    <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska  <input type="checkbox"/> Indio asiático    <input type="checkbox"/> Camboyano    <input type="checkbox"/> Chino    <input type="checkbox"/> Filipino    <input type="checkbox"/> Japonés    <input type="checkbox"/> Coreano    <input type="checkbox"/> Laosiano    <input type="checkbox"/> Vietnamita  <input type="checkbox"/> Otro asiático    <input type="checkbox"/> Guamaniano    <input type="checkbox"/> Hawaiano    <input type="checkbox"/> Samoano    <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico  <input type="checkbox"/> Múltiple Raza    <input type="checkbox"/> Otra Raza _____    <input type="checkbox"/> Se negó a declarar</p>	
<p><b>* Situación de Vivienda:</b>  <input type="checkbox"/> Vivo solo    <input type="checkbox"/> No vivo solo    <input type="checkbox"/> Se negó a declarar    Número de miembros del hogar _____</p>	

<b>ADLs y IADLs (Actividades de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria)</b> Use la escala de calificación para calificar la capacidad funcional actual del cliente para cada una de las siguientes actividades.						
ADLs	Calificación	IADLs	Calificación	IADLs	Calificación	<b>ESCALA DE VALORACIÓN</b> 1 = Independiente 2 = Indicaciones Verbales 3 = Ayuda en Espera 4 = Ayuda Práctica 5 = Dependiente 6 = Paramédico Se negó a declarar
* Comer		* Tareas domésticas ligeras (1-5)		* Administrar medicamentos		
* Vestirse (1-5)		* Compras/ Mandados (1,3,5)		* Administración de dinero (1-3 y 5)		
* Trasladarse (1-5)		* Preparar comidas / limpieza (1-5)		* Tareas domésticas pesadas (1-5)		
* Bañarse (1-5)		* Transportación (no 4)				
* Ir al baño		* Usar el Teléfono (1-3 y 5)				
* Caminar (1-5)		<b>Total de IADLs</b> (¿Cuántas de las actividades anteriores se califican de "2" a "5"?)				
<b>* Total de ADL</b> (cuántas actividades anteriores se califican de "2" a "5")		Notas:				

**\* Instrucciones de elegibilidad:** Las personas de 60 años de edad o mayores Y frágiles (ver pregunta # 1) Y confinadas en casa (ver pregunta # 2) cumplen con los requisitos mínimos. Sin embargo, una respuesta afirmativa a las preguntas 3, 4 o 5 lo descalificarán a menos que se trate de circunstancias especiales (por ejemplo, el regreso reciente del hospital o la muerte reciente de un cónyuge).

1. ¿Es la persona físicamente frágil (el número total de ADL arriba = 2 o más) o ¿Mentalmente frágil (requiere supervisión considerable)? Sí o No (circule uno)
2. ¿Está la persona confinada (no puede salir de casa sin ayuda)? Sí o no
3. ¿Es la persona capaz de preparar comidas sencillas (sin ayuda)? Sí o no
4. ¿Vive la persona con alguien capaz de preparar comidas sencillas? Sí o no
5. ¿Tiene la persona suficiente apoyo familiar o pagado para las comidas? Sí o no

**\* ¿Elegible para comidas a domicilio?**

- Sí                       Solo a corto plazo  
 No                          No Aplicable<sup>1</sup>

Justificación (si es necesario):

**\* Tipo de cliente:**

- Persona de la tercera edad elegible.  
 Cónyuge de persona de la tercera edad elegible.  
 Persona con discapacidad que vive con una persona de la tercera edad elegible.

**\* Nivel de Priorización:**

- #1 Necesidad aguda  
 #2 Enfermedad crónica o alto riesgo nutricional  
 #3 Frágil sin asistencia externa  
 #4 Frágil con asistencia externa limitada  
 #5 Confinado en casa y recibe cierta ayuda para las comidas

¿Esta Recibiendo servicios de IHSS?  Sí  No  Se negó a declarar

Si es así, ¿cuántas horas de IHSS están recibiendo? \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual  Se negó a declarar

**Evaluación de riesgos nutricionales: (para cada afirmación, circule el número en la columna correspondiente si está de acuerdo.)**

Tengo una enfermedad o afección que me hizo cambiar el tipo y / o la cantidad de alimentos que ingiero.	2
Como menos de 2 comidas al día.	3
Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.	2
Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	2
Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan comer.	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar los alimentos que necesito.	4
Como solo la mayor parte del tiempo.	1
Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día.	1
Sin querer, ¿he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses?	2
No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar y / o alimentarme.	2
<b>Puntaje total:</b>	
(Si es igual o mayor que 6, el cliente tiene un alto riesgo nutricional)	<input type="checkbox"/> <b>Se negó a declarar</b>

Evaluación general:	Respuesta	Comentarios
1. ¿Funciona el horno y / o el microondas?		
2. ¿El refrigerador mantiene los alimentos a menos de 40 grados?		
3. ¿El congelador mantiene los alimentos a menos de 10 grados?		
4. ¿Aparece el cliente confundido y / u olvidadizo?		
5. ¿Puede el cliente abrir sus propios cartones / contenedores de leche?		
6. ¿Se observa algún otro deterioro físico o mental?		
7. ¿Hay mascotas viviendo con el cliente?		
8. ¿El cliente fue dado de alta recientemente del hospital?		

Referencia (s) hecha:

Educación / asesoramiento nutricional para clientes en riesgo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas:

Entiendo que la información que estoy proporcionando se mantendrá confidencial y que se puede usar para identificar otros servicios para los cuales califico.

\_\_\_\_\_  
Personal que completa la evaluación

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Date