

**Fecha:**

## Formulario de evaluación de Meals on Wheels - The Senior Hub

¡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:** \_\_\_\_\_

(n.º de apto./unidad/piso): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

(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  Otro género no indicado

**Idioma primario:**  Inglés  Español

**Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino

**Raza, marque todo lo que corresponda:**

Indígena americano/Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii o Isleño del

Asiático o Asiático estadounidense

Blanco

Negro o Afroamericano

Otro no indicado: \_\_\_\_\_

**Vive:**  Solo  Con otras personas

### Optional Demographics:

**Ingresos mensuales totales:** \_\_\_\_\_

**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?

Tamaño del grupo familiar

1 \$1,073 \$12,880

2 \$1,452 \$17,420

3 \$1,830 \$21,960

4 \$2,208 \$26,500

Ingresos mensuales Ingresos anuales:

Superiores

Iguales/

Inferiores

Por cada persona adicional, agregue \$4,540 a los ingresos anuales

**Estado civil:**

Soltero (nunca casado) Pareja doméstica/Relación comprometida/Ley común  
 Casado Divorciado Separado Viuda

**Estado de veterano: ¿eres un veterano?** Sí No Cónyuge de un veterano

**Necesidades de comunicación y servicio:****Seguro médico (marque todo lo que corresponda):**

Medicare  Medicare Advantage  Medicaid  Exención de Medicaid  
 Ninguno  Other: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría conocer otros servicios?

Yes No

En caso afirmativo, ¿cómo podemos en contacto con usted? Correo electrónico

Correo Teléfono

¿Qué servicios le interesan?:

<b>Vivienda:</b>	
Poseer	<input type="checkbox"/>
Alquilar	<input type="checkbox"/>
Otras viviendas permanentes	<input type="checkbox"/>
Desamparados	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

**Educación:**

Grados 0-8	<input type="checkbox"/>
Grados 9-12 / No graduado	<input type="checkbox"/>
Diploma de Posgrado / Equivalencia de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/>
12 grado + Algunos postsecundarios	<input type="checkbox"/>
2 o 4 años de Graduado Universitario	<input type="checkbox"/>
Graduado de otra escuela postsecundaria	<input type="checkbox"/>

**Estado del trabajo:**

Empleado (tiempo completo)	<input type="checkbox"/>
Empleado (tiempo parcial)	<input type="checkbox"/>
Trabajador agrícola estacional migrante	<input type="checkbox"/>
Desempleados (a corto plazo, 6 meses o menos)	<input type="checkbox"/>
Desempleados (de larga plazo, más de 6 meses)	<input type="checkbox"/>
Desempleados (no en la fuerza laboral)	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>

**Contacto de Emergencia:****Contacto de emergencia primario:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia secundario o cuidador (si corresponde):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Poder legal (si corresponde):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tipo de poder legal: : \_\_\_\_\_

## Salud y condiciones del hogar:

### Confinado en casa/geográficamente aislado:

¿El cliente está confinado en casa o en una ubicación geográficamente aislada?      Si      No

### Condiciones de salud

¿Tiene usted/tiene la cliente alguna de las siguientes condiciones?

Marque todo lo que corresponda:

Demencia o Alzheimer

ID/DD (Discapacidades intelectuales y del desarrollo)

Autismo

Diabetes

Epilepsia/trastorno convulsivo

Discapacidad intelectual

Enfermedad mental

Problemas de memoria

Impedimento de movilidad

Discapacidad auditiva

Discapacidad visual (que no se puede corregirse con anteojos)

Discapacidades físicas

Lesión cerebral traumática

¿El cliente necesita supervisión?     Sí     No

¿El cliente depende médicamente de alguno de los siguientes?:

Insulina     Oxígeno     Diálisis

### Audífonos:

Usos     No aplicables

### Anteojos y lentes de contacto:

Usos     No aplicables

### Dispositivos de movilidad

¿El cliente utiliza o necesita (pero actualmente no tiene) algún dispositivo de movilidad?      Sí      No

*En caso afirmativo, ¿qué dispositivos de movilidad utiliza o necesita actualmente el cliente? Seleccione todas las opciones que correspondan:*

**Bastón**                                     Usos     Necesitas

**Muletas**                                     Usos     Necesitas

**Caminante**                                 Usos     Necesitas

**Silla de ruedas**                         Usos     Necesitas

**Scooter eléctrico**                        Usos     Necesitas

Otro dispositivo de movilidad:

---

## Condiciones del hogar y mascotas

¿Alguien fuma dentro de la casa del cliente?  Sí  No

¿Hay mascotas en el hogar? Si  No

En caso afirmativo, por favor enumere las mascotas:

---

¿Alguna de sus mascotas se siente incómoda con los visitantes de la casa?

Si No No aplicable

Otras inquietudes o detalles sobre la condición del hogar:

---

## 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	Puntuación de sí
¿Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Come menos de 2 comidas al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Toma 3 o más medidas de cerveza, licor o vino casi todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Tiene problemas dentales o bucales que le ocasionan dificultades para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Algunas veces no tiene dinero suficiente para comprar la comida que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
¿Come a solas la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Sin quererlo, ¿ha bajado o aumentado 10 libras en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿En algunas ocasiones usted no puede físicamente comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<b>Puntuación del riesgo nutricional total</b>	<i>Puntuación total de "sí":</i>		

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.

¿Está interesado en recibir asesoramiento nutricional?  Sí  No

## Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria:

Para cada actividad, marque el nivel de ayuda que usted (o el cliente) necesita.

**Independiente:** no necesita ayuda

**Asistencia verbal:** necesita dirección, monitoreo intermitente o recordatorio para completar la actividad

**Algo de ayuda humana:** necesita ayuda, no se requiere supervisión constante

**Mucha ayuda humana:** necesita asistencia y supervisión para completar la mayoría de las partes de la actividad

**Dependiente:** totalmente dependiente de la ayuda para completar la actividad, necesita supervisión constante

Actividades de la vida diaria (AVD)	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usando el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia dentro/ fuera de la cama/silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar/moverse por la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Comentarios sobre las AVD:

Actividades instrumentales de la vida diaria Vivir (AIVD)	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente
Preparación de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración del dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usando un teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Comentarios sobre las AIVD:

¿Está recibiendo asistencia con AVD o AIVD de alguien?  Si  No

En caso afirmativo, quién le está ayudando:

### Elegibilidad para servicios en el hogar:

¿Puede el cliente realizar actividades de tareas sin ayuda?  Si  No

Comentar sobre la incapacidad del cliente para realizar servicios de tareas:

¿El cliente requiere un asistente de salud en el hogar según las órdenes del médico?  Si  No

¿El cliente tiene deterioro cognitivo? Ninguno Leve Moderado Muy Fuerte

## 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

Persona mayor de 60 años

Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona que cumple los requisitos

Persona con discapacidades que vive con la persona que cumple los requisitos

Voluntario de HDM

#### 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

## **The Senior Hub**

**Notas del cliente: (instrucciones de conducción, alergias, etc.)**

---

## **Cómo enviar el formulario:**

Por favor envíe este formulario completo a o por correo a:

The Senior Hub  
c/o Emma Willing  
10190 Bannock St. Suite 106  
Northglenn CO 80260

Puede haber una lista de espera para el programa, le informaremos cuando la recibamos y si hay una lista de espera para su área. Si tiene alguna pregunta, llámenos al (303) 426 – 4408 x210.