

CONFIDENCIAL

PROVIDER LOCATION: _____

Para participar en programa de ENTREGA DE COMIDAS A CASA: La persona debe tener 60 años de edad o mayor, no puede salir de casa debido a una enfermedad o discapacidad, no puede preparar sus propias comidas, incapaz de conducir y no poder asistir a comedores de alimentación aun cuando se le proporcione transporte. No hay cargo para las comidas, sin embargo, se aceptan donaciones. No se le negarán los servicios en caso que decida no dar un donativo. **LA INFORMACIÓN ES Estrictamente CONFIDENCIAL.**

Fecha:		Teléfono:		Fecha de nacimiento: (Requerido)	
Apellido:			Nombre: (No Apodos)		
Elegibilidad Del Solicitante			Sí	No	Nota:
¿El solicitante está inhabilitados debido a enfermedad o discapacidad?			☐	☐	Si la respuesta es NO, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El Solicitante tiene 60 años o más, y/o el cónyuge está tiempo completo al cuidado de un adulto mayor elegible?			☐	☐	
¿El Solicitante es capaz de preparar comidas?			☐	☐	Si la respuesta es Sí, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El solicitante maneja?			☐	☐	
¿Puede el solicitante asistir a un comedor de alimentos donde se congregan a comer si se provee transporte?			☐	☐	
Dirección:			Ciudad:		# Postal:
Email:			Rural: (91307, 93066, 93040)	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó a declarar	
Contacto Local De Emergencia (Nombre)			Teléfono:		
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Filipino ☐ Laos ☐ Samoa ☐ India asiática ☐ Guames ☐ Otra Asiática ☐ Vietnamita ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otros isleños del Pacífico ☐ Blanco ☐ Camboya ☐ Japonés ☐ Se negó a declarar ☐ Chino ☐ Coreano					☐ No Hispano/Latino ☐ Hispano/Latino ☐ Se negó a declarar
Estado Civil:	☐ Divorciado(a) ☐ Compañero de hogar ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Se negó a declarar				
Veterano:	☐ Sí ☐ No		Idioma preferido:		
Cliente Vive:	☐ Solo ☐ Acompañado ☐ Se negó a declarar		Número de personas que viven en el hogar:		
NIVEL de ingresos del solicitante (aproximado):					
SI ES CASADO(A): ☐ En por debajo del nivel de pobreza Federal (\$18,310/año o menos) ☐ Por encima del nivel de pobreza Federal (\$18,311/año o más) ☐ Se negó a declarar			SI ES SOLTERO(A): En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$13,590/año o menos) Por encima del nivel de pobreza Federal (\$13,591/año o más) Se negó a declarar		
¿Cuál era su sexo al nacer?	¿Cuál es su género?		¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?		
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Se negó a declarar	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Queer o de género no binario ☐ Se negó a declarar ☐ No aparece, especifique:		☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Cuestionándose/en duda ☐ Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo ☐ Se negó a declarar ☐ No aparece, especifique:		
ESTE CUADRO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS					
Acerca Del Solicitante:	Sí	No	En los Últimos 3 Meses, el Client...	Sí	No
¿Tiene restricciones dietéticas? (explicar)	☐	☐	¿Tiene problemas utilizando microondas/horno?	☐	☐
¿Tiene un refrigerador que funcione apropiadamente?	☐	☐	¿Repite algunas cosas una y otra vez?	☐	☐
¿Tiene espacio en el congelador para almacenar 5 alimentos congelados?	☐	☐	¿Tiene problemas recordando citas?	☐	☐
¿Tiene un horno/microondas que funcione apropiadamente?	☐	☐	¿Hay conversaciones que no tienen sentido?	☐	☐
¿Está interesado en las comidas de fin de semana? (Si está disponible)	☐	☐	¿A veces parece confundido(a)?	☐	☐
Comentario:			Comentario:		

Evaluación Nutricional Del Solicitante						Marque Lo Que Corresponda:	
Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar su dieta y/o la cantidad de comida que consume? (2pts)						☐	
Come menos de 2 comidas por día. (3pts)						☐	
Como pocas frutas o verduras o productos lácteos. (2pts)						☐	
Consumes 3 o más bebidas alcohólicas casi todos los días. (2pts)						☐	
Tiene problemas en la boca o en los dientes que le dificulten el comer o masticar. (2pts)						☐	
Se queda sin dinero para comprar comida la mayoría de los meses. (4pts)						☐	
Come solo la mayor parte del tiempo. (1pt)						☐	
Toma usted 3 o más medicamentos sin prescripción médica por día. (1pt)						☐	
Usted ganado o perdido 10 libras o más en los últimos 6 meses sin proponérselo. (2pts)						☐	
Esta usted físicamente discapacitado para comprar, cocinar, y/o alimentarse por sí mismo. (2pts)						☐	
						Se negó a declarar: ☐	
(Si el puntaje es igual o superior a 6, el cliente está en alto riesgo nutricional)						Total Puntuación:	
ACTIVIDADES de CALIFORNIA (ADLS) & INSTRUMENTAL (IADL) actividades de la vida diaria (ADL) Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad							
TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA →		1 INDEPENDIENTE No necesita ayuda	2 RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	4 AYUDA Necesita mucha ayuda	5 DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
A D L S	Comida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Vestimenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Transferencia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ducha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ayuda para ir al baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Arreglo personal - Opcional	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I A D L S	Ligeras tareas domésticas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Lavandería - Opcional	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Compras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Preparación de Comida/limpieza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Transporte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Uso de teléfono	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Manejo de medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Administración de dinero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Subir escalera - Opcional	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tareas domésticas pesadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solicitante es: ☐ Ciego ☐ Sordo		Solicitante utiliza: ☐ Caminante ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas					
Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas.						Firma del solicitante _____	
NO ESCRIBA EN ESTA CAJA. SÓLO PARA USO OFICIAL							
Client Q Database/Unique Participant ID Number:				☐ Adulto Mayor ☐ No-Adulto Mayor ☐ No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor			
Care Plan:				Tipo de comidas: ☐ Caliente ☐ Congelado			