

OLDER AMERICAN ACT PROGRAMS

FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTES (No FCSP)

POS:

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE

Información del cliente - debe ser completado para todos los programas

Nombre:	Segundo nombre (inicial)	Apellido	Fecha de admisión
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	Número de teléfono
Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año		Sexo: Marque uno	Número de Seguro Soc.
		Masculino Femenino Rehusa a declarar	
Grupo étnico Marque uno	Raza Marque uno		
No Hispano / Latino	Amerindio/Nativo de Alaska	Guameño	Otra isla del Pacífico
Hispano / Latino	Indioasiático	Hawaiano	Otra Raza
Rehusa a declarar	De color o afroamericano	Japonés	Raza Múltiple
	Camboyano	Coreano	Samoano
	Chino	Laosiano	Vietnamita
	Filipino	Otro asiático	Blanco
	Rehusa a declarar		
Los honorarios son menor que Marque uno	Sí	No	Rehusa a declarar
\$ 972.50 o menos por mes 1 persona			Rural
\$ 1,311.00 o menos por mes 2 personas			Urbano
Vive solo Marque uno	Sí	No	Rehusa a declarar
La evaluación de riesgo nutricional debe ser completada para los siguientes programas: Congregate Nutrition y Meals on Wheels.			
Marque todas las que correspondan:			SI
Tengo una enfermedad o condición de salud que cambia el tipo y/o cantidad de comida que ingiero.(2 puntos)			
Como menos de 2 comidas al día (3 puntos)			
Como menos de 2 porciones diarias de cada uno de estos grupos alimenticios: frutas, verduras, productos lácteos (2 puntos)			
Bebo tres o más cervezas, licor o vino casi todos días (2 puntos)			
Tengo problemas dentales o bucales que hacen que sea difícil comer (2 puntos)			
No siempre tengo dinero suficiente para comprar la comida que necesito (4 puntos)			
Como en soledad la mayor parte del tiempo (1 punto)			
Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre por día (1 punto)			
Involuntariamente, he perdido o ganado 10 libras en los últimos seis meses (2 puntos)			
No siempre estoy en condiciones físicas de hacer compras, cocinar y/o alimentarme (2 puntos)			
Rehusa a contestar/declarar			
			Puntaje total
Contacto de Emergencia			
Nombre:		Relación:	
Dirección:		Estado/Código Postal	
Teléfono # 1:		Teléfono # 2	
Médico:		Teléfono:	

Formulario de evaluación de ADLs/IADLs – debe completarse para los siguientes programas Meals on Wheels y Adult Day Care/Health.

Registre los códigos apropiados para todas las actividades en las cuales el cliente requiere asistencia

Opciones ADL	
Comer	
Vestirse	
Transferencia a y fuera de la cama / silla	
Bañarse	
Ir al baño	
Caminar	
Aseo personal	

Opciones IADL	
Tareas domésticas	
Lavandería	
Hacer compras	
Preparación de la	
Transporte	
Uso del teléfono	
Manejo de medicamentos	
Manejo del dinero	
Tareas domésticas	

Marque si:

Sin discapacidad

Participante de Non-Senior Meals on Wheel

Número de Medi-Cal:

Códigos: 1. Independiente; 2. Asistencia verbal; 3. Alguna ayuda humana; 4. Mucha ayuda humana; 5. Dependiente; 6. Rehusa a declarar

Evaluación del deterioro cognitivo: debe ser completado para los programas de Alzheimer Título III

Deterioro cognitivo - marque uno	
Ninguno	
Moderado	
Grave	

Las zonas rurales de San Mateo County	
Nombre de la comunidad	Código postal
El Granada	94018
Half Moon Bay	94019
La Honda	94020
Loma Mar	94021
Montara	94037
Moss Beach	94038
Pescadero	94060
Princeton-by-the-Sea	94018
San Gregorio	94074

Para uso del proveedor solamente Estado de la inscripción (marque uno)	
Activado	
Desactivado	
Fallecido	
Se trasladó fuera del área de servicio	
Ya no desea los servicios	
Ya no aplica para SNF	
Ya no es elegible para Medi-Cal	
Institucionalización	
Alto costo de los servicios	
Ya no es elegible para MSSP	
No sigue con el plan de atención	
En espera	
Ya no se requiere del servicio	
Pasó a activo	
En lista de espera	
Otro motivo	