

AGING AND ADULT SERVICE DEL CONDADO DE SAN MATEO
Title III Registered Services
OLDER AMERICAN ACT PROGRAMS

Provider Name:	Unique Participant ID:
<input type="checkbox"/> Adult Day Care / Health (A,I) <input type="checkbox"/> Congregate Meals (N) <input type="checkbox"/> Home Delivered Meals (A,I,N) <input type="checkbox"/> Supplemental Home Delivered Meals (A,I,N)	Registration / Assessment Date: Termination Date: Reason:
Note: A-ADLs, I-IADLs, N-Nutritional Assessments see Page 2 - Reassessment is required annually	

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE

Primer Nombre:		Segundo nombre (inicial)	
Apellido:			
Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año			
Número de teléfono:	()		
¿Cuál es su sexo? (Marque uno que describa mejor su identidad de género actual)	a. Masculino b. Femenino c. Transgénero masculino d. Transgénero femenino e. Género variante/género no binario f. No especificado. Especifique aquí: _____		
¿Cuál fue su sexo al nacer? (Marque uno)	a. Masculino b. Femenino c. No deseo especificar		
¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque una)	a. Heterosexual b. Bisexual c. Gay/lesbiana/amor del mismo género d. En duda/sin determinar e. No especificada. Especifique aquí: _____		
Dirección:			
Ciudad:			
Código postal:			
Contacto de Emergencia	Nombre: Relación: Teléfono:		
Doctor:	Nombre: Teléfono:		

Nivel federal de pobreza \$ 1,063 o menos por mes - 1 persona \$ 1,437 o menos por mes - 2 personas	(Marque uno) <input type="checkbox"/> Mas que el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Al nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Rehúsa a contestar
Vive solo (Marque uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No deseo especificar
Rural (Marque uno):	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No deseo especificar
Areas Rurales en el Condado de San Mateo	
94018 El Granada & Princeton-by-the-Sea 94019 Half Moon Bay 94020 La Honda 94021 Loma Mar	94037 Montara 94038 Moss Beach 94060 Pescadero 94074 San Gregorio
Grupo étnico (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No deseo especificar
Raza (Marque uno)	
<input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De color o afroamericano <input type="checkbox"/> Raza Múltiple <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Blanco	
Asiático:	
<input type="checkbox"/> Indioasiático <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"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Vietnamita	
Hawaiano /de otra isla del Pacífico:	
<input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> No deseo especificar	
Notas:	

COUNTY OF SAN MATEO AGING AND ADULT SERVICES
Title III Registered Services
OLDER AMERICAN ACT PROGRAMS

Formulario de evaluación de ADLs/IADLs – se requiere para los siguientes programas
 Adult Day Care/Health, Home Delivered Meals & Supplemental Home-Delivered

- 1 - Independiente
- 2 - Asistencia verbal
- 3 - Alguna ayuda humana
- 4 - Mucha ayuda humana
- 5 - Dependiente
- 6 - Rehusa a declarar

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

IADLs:	
Tareas domésticas pesadas	
Tareas domésticas livianas	
Preparación de comida	
Manejo de medicamentos	
Manejo de dinero	
Ir de compras	
Transportación	
Usado el teléfono	
Notas:	

Evaluación de riesgo nutricional

Se requiere para los programas de Congregate Meals & Home Delivered Meals / Supplemental Meals

Evaluación de riesgo nutricional	Circule si es cierto
• Tengo una enfermedad o condición de salud que cambia el tipo y/o cantidad de comida que ingiero.	2
• Como menos de 2 comidas al día.	3
• Como pocas frutas, verduras, o productos lácteos.	2
• Bebo tres o más cervezas, licor o vino casi todos días	2
• Tengo problemas dentales o bucales que hacen que sea difícil comer.	2
• No siempre tengo dinero suficiente para comprar la comida que necesito.	4
• Como en soledad la mayor parte del tiempo.	1
• Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre por día.	1
• Involuntariamente, he perdido o ganado 10 libras en los últimos seis meses.	2
• No siempre estoy en condiciones físicas de hacer compras, cocinar y/o alimentarme.	2
Rehusa a contestar / declarar	0
Puntuación total: (Si es 6 o más, el cliente está en alto riesgo nutricional.)	
Notas:	