

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

Nombre del proveedor:	Identificación de participante única:
<input type="checkbox"/> Atención o salud de adultos diurna (A,I) <input type="checkbox"/> Comidas comunitarias (N) <input type="checkbox"/> Comidas entregadas en casa (A,I,N) <input type="checkbox"/> Comidas entregadas en casa suplementarias(A,I,N)	Fecha de inscripción o evaluación: Fecha de finalización: Motivo:
Nota: A-ADL, I-IADL, evaluaciones nutricionales consulte página 2: se requiere reevaluación anualmente	

Datos personales (letra de imprenta)

Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Apellido:			
Fecha de nacimiento:			
N.º de teléfono de casa:	()		
¿Cuál es su género?: (Marque solo una opción)	a. Hombre b. Mujer c. Transgénero de femenino a masculino d. Transgénero de masculino a femenino e. Queer/no binario f. No se menciona, especifique: _____ g. Prefiero no especificar/decirlo		
¿Cuál fue su sexo al nacer?: (Marque solo una opción)	a. Hombre b. Mujer c. Prefiero no especificar/decirlo		
¿Cómo describe su orientación o identidad sexual? (Marque solo una opción)	a. Heterosexual b. Bisexual c. Gay/lesbiana/gusto por el mismo sexo d. Confundido/dudoso e. No se menciona, especifique: _____ f. Prefiero no especificar/decirlo		
Dirección:			
Ciudad:			
Código postal:			
Contacto en caso de emergencia:	Nombre: Relación: N.º de teléfono: ()		
Médico:	Nombre: N.º de teléfono: ()		

Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL): \$1,215 o menos al mes por 1 persona \$1,643 o menos al mes por 2 personas	<input type="checkbox"/> Por encima del FPL <input type="checkbox"/> Por debajo del FPL <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
Vive solo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
Rural:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
Áreas rurales en el condado de San Mateo	
94018 El Granada y Princeton-by-the-Sea 94019 Half Moon Bay 94020 La Honda 94021 Loma Mar	94037 Montara 94038 Moss Beach 94060 Pescadero 94074 San Gregorio
Origen étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
Raza: (marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco	
Asiático: <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"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Vietnamita	
Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico: <input type="checkbox"/> Guameños <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongano <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	

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

<p>¿Alguna vez ha servido en el ejército de los Estados Unidos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar/decirlo	<p>¿Es el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar/decirlo	<p>Si se identifica como afiliado al ejército, marque a continuación si: “Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento para personas de la tercera edad de California comparta mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono celular al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre beneficios de veteranos para los que podría ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses”.</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (California Department of Veterans Affairs, CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos www.calvet.ca.gov o 1-800-952-5626.</p>
--	--	---

Actividades de vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) e Actividades instrumentales de vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)

Se requiere para atención de salud/diurna para adultos, comidas entregadas en casa y comidas entregadas en casa suplementarias

- 1 - Independiente
- 2 - Asistencia verbal
- 3 - Algo de ayuda humana
- 4 - Mucha ayuda humana
- 5 - Dependencia
- 6 - Prefiero no decirlo

ADL:	
Bañarse	
Vestirse	
Comer	
Asearse	
Pasar de la cama a la silla y viceversa	
Caminar	

IADL:	
Labores domésticas pesadas	
Labores domésticas ligeras	
Preparación de comidas	
Administración de medicamentos	
Administración de dinero	
Ir de compras	
Transporte	
Usar el teléfono	

Evaluación de riesgos nutricionales: requerida para comidas comunitarias y comidas entregadas en casa o comidas suplementarias

Evaluación de riesgos nutricionales	Encierre en un círculo si la respuesta es sí
• Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o cantidad de comida que como.	2
• Como menos de 2 comidas al día.	3
• Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.	2
• Consumo 3 o más bebidas como 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 la comida que necesito.	4
• Como solo la mayoría de las veces.	1
• Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día.	1
• Sin haberlo deseado ¿he ganado o perdido 10 libras en los últimos 6 meses?	2
• No siempre soy físicamente capaz de hacer las compras, cocinar y alimentarme.	2
Prefiero no decirlo o responder	0
Puntuación total: (Si es igual o mayor de 6, el cliente está en un alto riesgo nutricional)	