

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 | (Marque uno) |
| \$ 1,063 o menos por mes - 1 persona | <input type="checkbox"/> Mas que el nivel de pobreza |
| \$ 1,437 o menos por mes - 2 personas | <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 | 94037 Montara |
| 94019 Half Moon Bay | 94038 Moss Beach |
| 94020 La Honda | 94060 Pescadero |
| 94021 Loma Mar | 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 todo lo que corresponda) | |
| <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De color o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco | |
| Asiático: | |
| <input type="checkbox"/> Indioasiático | <input type="checkbox"/> Camboyano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <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"/> No deseo especificar | <input type="checkbox"/> Tongan |
| 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: | |