

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	Rural Marque uno
\$ 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	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	