



Nuevo cliente Nueva evaluación No cumple los requisitos/Finalización

Motivo:

Derivación de nutrición/Evaluación para envío de comidas a domicilio

Este formulario debe ser completado y enviado a la agencia del prestador de nutrición de envío de comidas a domicilio correspondiente.

Fuente de derivación: <input type="checkbox"/> Unidad de coordinación de atención (CCU, por sus siglas en inglés) _____			
<input type="checkbox"/> Organización de atención administrada (MCO, por sus siglas en inglés) _____			
<input type="checkbox"/> Agencia para la Tercera Edad del área		<input type="checkbox"/> Prestador de nutrición	
Días de recepción de comidas para la Tercera Edad (Marque todos los que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mié	<input type="checkbox"/> Jue
<input type="checkbox"/> Vie	<input type="checkbox"/> L a V	<input type="checkbox"/> Fin de semana	<input type="checkbox"/> 2º comida
Tipo de comida(s): <input type="checkbox"/> Caliente		<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Congelada
Nivel de prioridad:		Notas especiales:	
Duración de las comidas: (Marque solo una) <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo Fecha de nueva evaluación:			
Necesidades de dieta especial: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Baja en sodio <input type="checkbox"/> Otra (especifique):			
Información demográfica de adultos mayores			
Nombre:		FDN:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:
Teléfono:		Código postal:	
Teléfono celular:		Representante autorizado:	
Teléfono:		Teléfono:	
Nombre del contacto de emergencia #1:		Nombre del contacto de emergencia #2:	
Vínculo:		Vínculo:	
Teléfono diurno/celular:		Teléfono diurno/celular:	
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	¿Cuál es su género? (Marque solo uno)	Estado civil:	Tipo de vivienda:
<input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Casa
Raza (marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Apt (#: _____)
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Concubinato	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):
<input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	¿Usted es veterano?		Vivienda subsidiada:
<input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asiática o Asiática-Estadounidense			
Debajo de la línea de pobreza	Ingreso mensual:	Cantidad de personas en el Hogar:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Manejo limitado del inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, idioma principal			

Evaluación de riesgo nutricional (seleccione puntos por Sí o No)	Sí/No
Tengo una enfermedad o un problema que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que ingiero.	
Como menos de dos comidas por día.	
Como pocas frutas y vegetales, o productos lácteos.	
Tomo tres o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	
Tengo problemas en mis dientes o en mi boca que me dificultan la alimentación.	
No siempre tengo dinero suficiente para comprar los alimentos que necesito.	
Como solo/a la mayor parte del tiempo.	
Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día.	
Sin quererlo, perdí o aumenté diez libras durante los últimos seis meses.	
No siempre estoy físicamente apto para comprar, cocinar y/o alimentarme.	
TOTAL	21 puntos posibles
Más de seis puntos = Riesgo Nutricional Elevado	
<input type="checkbox"/> Se explicó al cliente el Riesgo Nutricional.	
<input type="checkbox"/> Se considera que el cliente tiene un Riesgo Nutricional Elevado. Se recomendó hacer una consulta con un prestador de salud.	

Impedimento/Problema con las actividades fundamentales de la vida cotidiana 0 Sin asistencia = No; 1-3 Asistencia = Sí; 4 Desconocido = No			Impedimento/Problema con las actividades fundamentales de la vida cotidiana 0 Sin asistencia = No; 1-3 Asistencia = Sí; 4 Desconocido = No		
	PTS	Sí/No		PTS	Sí/No
Comer			Lavar la ropa		
Bañarse			Ir de compras		
Cuidado personal			Quehaceres domésticos livianos		
Vestirse			Quehaceres domésticos pesados		
Aseo personal			Teléfono		
Caminar/Movilidad			Administración financiera		
Traslado (entrar/salir de cama/silla)			Transporte		
			Preparación de comidas		
			Medicamentos		
Total de puntos			Total de puntos		
Total "Sí"=			Total "Sí"=		
Total "No"=			Total "No"=		

Información de nutrición adicional	
¿Quién hace las compras? ¿Con qué frecuencia?	¿El adulto mayor puede alimentarse a sí mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿quién lo asiste? Qué tipo de ayuda: <input type="checkbox"/> Cortar <input type="checkbox"/> Alimentarse <input type="checkbox"/> Abrir contenedores
¿Hay alguien disponible para preparar las comidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién? ¿Qué días? ¿Qué comidas?	¿El adulto mayor tiene dificultades para masticar o tiene mala salud odontológica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Instalación/Equipos de cocina del adulto mayor (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Privilegios de cocina <input type="checkbox"/> Congelador con espacio disponible <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Cocina o Microondas	¿El adulto mayor puede usar estos electrodomésticos sin supervisión (Marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Microondas <input type="checkbox"/> Congelador <input type="checkbox"/> Refrigerador
Fuente de alimentos del adulto mayor durante los fines de semana:	Restricciones de la dieta:
Alergias alimentarias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, especifique: NOTA: Es responsabilidad del cliente revisar el menú semanal y elevar cualquier inquietud relacionada con alergias al prestador de nutrición. Siempre que sea posible, el prestador suministrará una comida especial que cumpla con las necesidades de la dieta del cliente.	
¿Actualmente recibe beneficios de asistencia alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Ejemplos: SNAP, SFMNP, TEFAP)	
Motivo/Cumplimiento de requisitos para envío de comidas a domicilio: (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Confinado <input type="checkbox"/> Discapacidad permanente <input type="checkbox"/> Discapacidad temporaria <input type="checkbox"/> Alivio para el cuidador <input type="checkbox"/> Comida para cónyuge o adulto discapacitado en el hogar <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	
El adulto mayor se beneficiará con el envío de comidas a domicilio porque (Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> El adulto mayor tiene dificultades para cocinar, se cansa rápidamente <input type="checkbox"/> El adulto mayor se está recuperando de una cirugía, una enfermedad, etc. <input type="checkbox"/> Las comidas aumentarán la ingesta nutricional ya que el adulto mayor tiene un ingreso limitado <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	
Actualmente recibe el envío de comidas a domicilio de otra fuente (por ejemplo: familia, iglesia, etc.): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Principales problemas de salud (Marque todos los que correspondan)	
Ambulación: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/> Postrado en cama	Puntaje de Determinación de Necesidad (DON, por sus siglas en inglés): (Si se conoce) Otras principales inquietudes de salud (describir):
Visión: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Ciego	
Audición: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Dificultades para escuchar <input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Sordo	

Preguntas de evaluación de nivel de prioridad (una vez que se determina que el cliente cumple con los requisitos para recibir envío de comidas a domicilio)	
1. (a): Si tuviera alimentos a disposición, ¿podría usarlos para preparar comidas calientes? <input type="checkbox"/> Sí (Vaya a la Pregunta 2a) ↓ <input type="checkbox"/> No (Vaya a la Pregunta 1b) →	1. (b): ¿Tiene alguna ayuda confiable para la preparación de comidas? <input type="checkbox"/> Sí (Vaya a la Pregunta 2) <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE – Marque Nivel de Prioridad Alta)
2. Durante el último mes...	
(a)... ¿con qué frecuencia esta afirmación fue verdadera? Los alimentos que yo/nosotros compré/compramos no alcanzaron, y yo/nosotros	
(b)... ¿con qué frecuencia esta afirmación fue verdadera? Yo/Nosotros no podía/mos darnos el lujo de pagar comidas equilibradas.	
(c)... ¿usted u otros adultos del hogar alguna vez achicaron el tamaño de sus comidas porque no había dinero suficiente para comprar alimentos?	
(d)... ¿usted u otros adultos del hogar alguna vez saltearon comidas porque no había dinero suficiente para comprar alimentos?	
(e)... ¿usted alguna vez comió menos que lo que sentía que debería porque no había dinero suficiente para comprar alimentos?	
(f)... ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no podía darse el lujo de pagar la cantidad de alimentos suficiente?	
Total de puntos 2a - 2f 0	
3. ¿Usted puede llevar las compras a su casa cuando lo necesita? *Consulte el total de puntos cuando elija.	
0-1 punto Y “No” = Prioridad Baja (puede beneficiarse con los Servicios de compras generales o Entrega de comidas.) 2 a 6 puntos = Prioridad Intermedia (puede beneficiarse con los servicios adicionales de nutrición.)	
Tilde el Casillero de Nivel de Prioridad correspondiente en la parte superior de la Página 1	

Otra información de contacto		
Nombre del médico de cabecera:	Teléfono del médico de cabecera:	
Para prestadores de envío de comidas a domicilio:		
<input type="checkbox"/> Se derivó al cliente al Programa de Atención Comunitaria (CCP, por sus siglas en inglés) para Servicios adicionales basados en el hogar y en la comunidad. <input type="checkbox"/> Se le informó al cliente de envío de comidas a domicilio que los alimentos pueden contener alérgenos alimentarios, o pueden estar en contacto con los mismos.		
Autorización de divulgación de información		
Autorizo a enviar una copia de este formulario de evaluación al prestador de _____ Envío de comidas a domicilio (HDM, por sus siglas en inglés), y a analizar mis necesidades con el Prestador HDM, _____ la Unidad de Coordinación de Atención (CCU, por sus siglas en inglés), la Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés), y/o la AAA.		
Firma del adulto mayor:	<input type="checkbox"/> * Se brindó consentimiento verbal: Fecha:	
Certifico que este adulto mayor cumple con los criterios de cumplimiento de requisitos para envío de comidas a domicilio en virtud de la Ley de adultos mayores.		
Firma:	Fecha:	
Nombre del gerente de caso:	Teléfono:	
Organización:	Correo electrónico:	
Fecha de inicio de envío de comidas a domicilio:	Fecha de nueva evaluación:	Fecha de finalización:
Instrucciones para el conductor: <input type="checkbox"/> Tocar timbre <input type="checkbox"/> Golpear fuerte <input type="checkbox"/> Cuidado con el perro <input type="checkbox"/> Otro: (Marque todas las que correspondan)		

*En caso de pandemia, revueltas sociales u otras circunstancias que eviten que un cliente brinde su consentimiento escrito/firma, se aceptará un consentimiento verbal.

Completado por (Únicamente para agencias derivadoras):	
Nombre de la agencia derivadora:	Nº de teléfono:
Domicilio:	