

Instrucciones para Completar el Formulario de Derivación/Evaluación Nutricional para Envío de Comidas a Domicilio

Instrucciones Generales

Reevaluación de Nuevo Cliente No Elegible/Finalización (Motivo)	Marque el casillero adecuado. (Si no es elegible o se está cancelando, asegúrese de indicar el motivo.)
Fuente de Derivación	Marque el casillero adecuado y, si es un CCU o MCO, incluya el nombre de la organización que hace la derivación en el espacio correspondiente.
Días de Recepción de Comidas para el Adulto Mayor (Marque todos los que correspondan): L Ma Mi J V Todas las comidas L a V Fin de Semana 2 ^{as} Comidas	<p>NOTA: Es posible que algunas opciones no estén disponibles en el área de servicio.</p> <p>La MCO o CCU deben verificar en el Área de Planificación y Servicio (PSA, por sus siglas en inglés) de la página web de AAA dónde está ubicado el prestador de nutrición para determinar cuáles son las opciones de comidas disponibles.</p> <p>La mayoría de los prestadores de servicios de nutrición del sur del estado solo tienen los recursos para ofrecer una comida por día, y generalmente ofrecen una comida de mediodía.</p> <p>La 2ª comida sería de preferencia comida de noche.</p> <p>Elija los días en que el Adulto Mayor necesita comidas (marque todas las opciones que correspondan).</p>
Tipo de comida(s): Caliente Fría Congelada	Marque los tipos de comidas que el Adulto Mayor necesitaría y/o que podría preparar. (Verifique las opciones disponibles para Envío de Comidas a Domicilio en la PSA de la página web de AAA.)
Notas Especiales:	Suministre información específica sobre las restricciones, necesidades, etc. del Adulto Mayor.
Casillero Desplegable de Nivel de Prioridad (Parte Superior de la Página 1) <p style="text-align: center;">Elija “ALTA” en el PDF modificable o escriba a mano en la versión impresa</p>	<p><u>Use las Preguntas de Evaluación de Nivel de Prioridad de la Página 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es “NO” para 1(a) y 1(b) <ul style="list-style-type: none"> ○ Envíe comidas lo antes posible, antes de 2 Días hábiles. <p>Fuente: La Herramienta Evaluación Extendida de Seguridad Alimentaria - Priorización de Envío de Comidas a Domicilio desarrollada por el Departamento de Nutrición y Ciencias de la Alimentación del Colegio de Agricultura y Recursos Naturales de la Universidad de Maryland.</p>

<p>Elija “INTERMEDIA” en el PDF modificable o escriba a mano en la versión impresa</p>	<p>Use las Preguntas de Evaluación de Nivel de Prioridad de la <u>Página 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el puntaje es de 2 a 6 puntos para las preguntas 2(a) a 2(f) Y la respuesta es “SÍ” o “NO” a la Pregunta #3 <ul style="list-style-type: none"> ○ Fije una prioridad por sobre aquellas con prioridad “Baja” ○ Brinde Envío de Comidas a Domicilio antes de 5 Días Hábiles (si NO hay una lista de espera y existen recursos disponibles) Informe a la persona sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios para Hacer las Compras ▪ Entrega de Alimentos ▪ Servicios adicionales de nutrición junto con el Envío de Comidas a Domicilio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Complementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés) ▪ Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés) ▪ Programa Complementario de Alimentos Básicos (CSFP, por sus siglas en inglés) y otros <p>Fuente: La Herramienta Evaluación Extendida de Seguridad Alimentaria - Priorización de Envío de Comidas a Domicilio desarrollada por el Departamento de Nutrición y Ciencias de la Alimentación del Colegio de Agricultura y Recursos Naturales de la Universidad de Maryland.</p>
<p>Elija “BAJA” en el PDF modificable o escriba a mano en la versión impresa</p>	<p>Use las Preguntas de Evaluación de Nivel de Prioridad de la <u>Página 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el puntaje es de 0 a 1 puntos para las preguntas 2(a) a 2(f) Y la respuesta es “SÍ” o “NO” a la Pregunta #3 <ul style="list-style-type: none"> ○ Fije como última prioridad ○ Brinde Envío de Comidas a Domicilio antes de 10 Días Hábiles si NO hay una lista de espera y existen recursos disponibles. • Si la Respuesta es “NO” a la Pregunta #3, entonces informe a la persona sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios para Hacer las Compras ○ Entrega de Alimentos <p>Fuente: La Herramienta Evaluación Extendida de Seguridad Alimentaria - Priorización de Envío de Comidas a Domicilio desarrollada por el Departamento de Nutrición y Ciencias de la Alimentación del Colegio de Agricultura y Recursos Naturales de la Universidad de Maryland.</p>

<p>Duración de las Comidas: Corto Plazo Largo Plazo</p> <p>Fecha de reevaluación:</p>	<p>Seleccione la duración en la que el Adulto Mayor recibirá comidas. Marque solo un casillero. Indique el tiempo que el Adulto Mayor anticipa necesitar el envío de comidas a domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo (por ejemplo: período de recuperación posterior a una cirugía, cuidador no disponible, hospitalización, etc.). • Largo plazo (mayor tiempo de necesidad de comidas).
<p>Necesidades Alimentarias Especiales: General Diabético/a Baja en Sodio Otra (especificar) _____</p>	<p>¿El Adulto Mayor necesita una dieta “General”, de “Diabético/a” o “Baja en Sodio”? Si el Adulto Mayor necesita otra dieta, por favor indíquelo y marque la opción “Otra”.</p>
Información Demográfica del Adulto Mayor	
<p>Nombre:</p>	<p>Ingrese el nombre completo del Adulto Mayor.</p>
<p>Domicilio: Estado: Ciudad: Código Postal:</p>	<p>Ingrese el domicilio del Adulto Mayor, incluyendo el código postal.</p>
<p>Fecha de Nacimiento:</p>	<p>Ingrese la fecha de nacimiento del Adulto Mayor.</p>
<p>Número de Teléfono: Teléfono Celular:</p>	<p>Ingrese los números de teléfono del Adulto Mayor.</p>
<p>Representante Autorizado: Teléfono:</p>	<p>Ingrese el nombre del representante autorizado, si corresponde, y su número de teléfono.</p>
<p>Nombre del Contacto de Emergencia #1 y #2 Vínculo Teléfono Diurno/Celular</p>	<p>Ingrese el nombre de los contactos de emergencia del adulto mayor, y su vínculo con el adulto mayor. Ingrese los números de teléfono diurno/celular de los contactos de emergencia.</p>
<p>Etnicidad:</p> <p>Hispano/a o Latino/a: Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otro tipo de español, sin tener en cuenta la raza.</p> <p>No Hispano/a o Latino/a</p>	<p>Elija una de las opciones de etnicidad.</p> <p>(NOTA: El Departamento del Adulto Mayor de Illinois tiene la obligación de reportar los datos de las respuestas de esta sección a la agencia federal.)</p>

<p>Raza:</p> <p>Blanca: Una persona cuyos orígenes corresponden a cualquier pueblo de Europa, Medio Oriente o el norte de África.</p> <p>Negra o Afroamericana: Una persona cuyos orígenes corresponden a cualquier grupo racial negro de África.</p> <p>Nativo de Hawái o Islas del Pacífico: Una persona cuyos orígenes corresponden a los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.</p> <p>Indígena estadounidense o nativo de Alaska: Una persona cuyos orígenes corresponden a los pueblos originarios de América del Norte (incluida América Central), y que mantiene afiliación tribal o pertenencia comunitaria.</p> <p>Asiático o Asiático Estadounidense: Una persona cuyos orígenes corresponden a los pueblos originarios del Lejano Oriente.</p>	<p>Marque todas las razas que correspondan.</p> <p>(NOTA: El Departamento del Adulto Mayor de Illinois tiene la obligación de reportar los datos de las respuestas de esta sección a la agencia federal.)</p>
<p>El sudeste asiático, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las islas de Filipinas, Tailandia y Vietnam.</p>	
<p>Género: Masculino Femenino Otro</p>	<p>Marque solo un casillero para indicar el género del Adulto Mayor.</p>
<p>¿Usted es Veterano? Sí No</p>	<p>Marque Sí o No.</p>
<p>Estado Civil: C, D, S, V Concubinato Separado/a Legalmente</p>	<p>Marque el casillero que indique el estado civil del Adulto Mayor (Casado, Divorciado, Separado, Viudo, Concubinato o Separado Legalmente).</p>
<p>Tipo de Vivienda: Casa Apt # _____ Otro (especificar)</p>	<p>¿En qué tipo de vivienda vive el adulto mayor (casa o apartamento)? Si es otro tipo de vivienda que no sea Casa o Apartamento, marque Otra y especifique el tipo.</p>
<p>Vivienda Subsidiada: Sí No</p>	<p>¿El Adulto Mayor viven en una vivienda subsidiada? Marque Sí o No.</p>

Por Debajo de la Línea de Pobreza: Sí No	¿El Adulto Mayor tiene ingresos por debajo de la Línea de pobreza federal (S o N)? Consulte la planilla anual más reciente de Directrices Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
Ingreso Mensual:	Indique el ingreso mensual del Adulto Mayor.
Número de Personas en el Hogar _____	Ingrese el número de personas que viven en el hogar del adulto mayor, incluido el adulto mayor.
Manejo Limitado del Inglés: Sí No Si la respuesta es sí, especifique el idioma principal:	¿El Adulto Mayor tiene un manejo limitado del inglés? De ser así, ¿cuál es su idioma principal?
Evaluación de Riesgo Nutricional	
Evaluación de Riesgo Nutricional: 10 preguntas (seleccione puntos por Sí o No) INFORMACIÓN REQUERIDA A NIVEL FEDERAL	<p>Esta sección contiene preguntas para determinar si el Adulto Mayor tiene un riesgo nutricional elevado. A cada pregunta se le asigna un punto si la respuesta del Adulto Mayor a la pregunta es "sí". Sume los puntos seleccionados en la columna "S". Si el total es seis puntos o más, se considera que el Adulto Mayor tiene un riesgo nutricional elevado. La versión modificable en PDF calculará automáticamente el total de puntos con base en las respuestas seleccionadas para cada pregunta.</p> <p><i>Las respuestas no determinan la elegibilidad para Envío de Comidas a Domicilio.</i></p> <p>(NOTA: El Departamento del Adulto Mayor de Illinois tiene la obligación de reportar los datos de las respuestas de esta sección a la agencia federal.)</p> <p>Fuente: DETERMINE Su Lista de Control de Salud Nutricional desarrollada por la Iniciativa de Evaluación de Nutrición</p>

<p>Se explicó al cliente el Riesgo Nutricional</p> <p>Se considera que el cliente tiene un Riesgo Nutricional Elevado. Se recomendó hacer una consulta con un profesional médico.</p>	<p><u>¿Qué significan los puntajes?:</u></p> <p>0 a 2: BUEN ESTADO NUTRICIONAL Debe volver a revisar su puntaje nutricional en 6 meses o anualmente.</p> <p>3 a 5: RIESGO NUTRICIONAL MODERADO Puede ser necesario hacer cambios en el estilo de vida. Debe volver a revisar su puntaje nutricional en 3 a 6 meses.</p> <p>6 a 21: RIESGO NUTRICIONAL ELEVADO El cliente debería hacer una consulta con un profesional médico, nutriólogo o profesional de servicios sociales para mejorar su salud nutricional.</p> <p>Nota: La evaluación sugiere riesgos, pero no representa un diagnóstico de ninguna enfermedad.</p> <p>Marque el casillero “Se explicó el Riesgo Nutricional al cliente” para indicar que se le indicó el puntaje de riesgo nutricional al cliente y se le explicó a qué categoría corresponde.</p> <p>Marque el casillero “Se considera que el cliente tiene un Riesgo Nutricional Elevado, se recomendó hacer una consulta con un profesional médico” si el puntaje de nutrición del cliente es 6 o más.</p> <p>Si un cliente fue evaluado como riesgo nutricional elevado en su evaluación inicial, al momento de una reevaluación se le debe preguntar si consultó a un profesional médico acerca de su riesgo nutricional elevado.</p> <p>Si se marca este casillero, la CCU, MCO o el proveedor de Envío de Comidas a Domicilio deberá, cuando sea posible, hacer una recomendación o derivación a servicios adicionales para ayudar a mejorar el riesgo nutricional del cliente (por ejemplo: Programa Complementario de Asistencia de Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés), una CCU si el Prestador de Nutrición era la agencia que completó el formulario, un nutriólogo matriculado, o la MCO).</p> <p>Al inicio del programa, el Proveedor de Envío de Comidas a Domicilio deberá entregarles el folleto <i>Riesgo Nutricional y su Salud</i> del Departamento del Adulto Mayor de Illinois (IL-402-1262) a todos los participantes de Envío de Comidas a Domicilio, sin importar su estado de Riesgo Nutricional para informar/recordar al cliente sobre su estado nutricional.</p>
---	---

<p>Impedimento/Problema con las Actividades de la Vida Cotidiana (ADL)</p> <p>Impedimento/Problema con las Actividades Fundamentales de la Vida Cotidiana (IADL)</p> <p>INFORMACIÓN</p> <p>REQUERIDA A NIVEL</p> <p>FEDERAL</p>	<p>Esta sección contiene preguntas para determinar el nivel de asistencia de un Adulto Mayor para las actividades de la vida cotidiana y las actividades fundamentales de la vida cotidiana.</p> <p>Si la CCU ya completó una evaluación de Determinación de Necesidad (DON, por sus siglas en inglés), puede usar el puntaje de la Parte A, Nivel de Impedimento, para estos asuntos. Si la CCU no completó la DON, deberán preguntarle al Adulto Mayor sobre su necesidad de asistencia para cada ADL/IADL. Se le asignará una de las siguientes respuestas a cada punto y se ingresará el puntaje correspondiente en el formulario. El PDF modificable calculará automáticamente el total de respuestas Sí y No.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente: Ingrese 0 o No. Independiente (no requiere asistencia): Un puntaje de cero en cualquier función indica que el Adulto Mayor realiza o puede realizar todos los componentes esenciales de la actividad, con o sin un dispositivo de asistencia existente. • Asistencia mínima: Ingrese 1 o Sí Asistencia Mínima: Un puntaje de uno en cualquier función indica que el Adulto Mayor realiza o puede realizar la mayoría de los componentes esenciales de la actividad con o sin un dispositivo de asistencia existente, pero existe algún impedimento funcional por el cual el Adulto Mayor requiere algún tipo de supervisión o asistencia física para realizar algunos o todos los componentes de la actividad. • Asistencia Moderada: Ingrese 2 o Sí. Asistencia Moderada: Un puntaje de dos en cualquier función indica que el Adulto Mayor no puede realizar la mayoría de los componentes esenciales de la actividad, aún con un dispositivo de asistencia existente, y requiere un gran nivel de asistencia o supervisión para realizar la actividad. • Asistencia Exhaustiva: Ingrese 3 o Sí. Asistencia Exhaustiva: Un puntaje de tres en cualquier función indica que el Adulto Mayor no puede realizar la actividad y requiere que otra persona realice la actividad, aunque el Adulto Mayor podría hacer pequeñas colaboraciones, o requiere supervisión constante. • Desconocido: Ingrese 4 o No. Desconocido: (no puede determinar la necesidad de asistencia, necesita asistencia pero se niega a recibirla o no responde).
--	---

Información Adicional de Nutrición	
¿Quién hace las compras? ¿Con qué frecuencia?	Nombres de las personas que hacen las compras para el Adulto Mayor. Indique la frecuencia de compras (es decir: semanal, mensual, etc.).
¿El Adulto Mayor puede alimentarse a sí mismo? Sí No Si la respuesta es no, ¿quién lo asiste? Qué tipo de ayuda: Cortar Alimentar Abrir Contenedores	Pregunte al Adulto Mayor si él/ella puede alimentarse a sí mismo. Si la respuesta es "No", indique quién le brinda asistencia y el tipo de ayuda que necesita de las opciones indicadas.
¿Hay alguien disponible para preparar las comidas? Sí/No Si la respuesta es sí, ¿quién? ¿Qué días? ¿Qué comidas?	Pregunte al Adulto Mayor si alguien en su casa prepara la comida y, si la respuesta es "Sí", indique quién le brinda asistencia, con qué frecuencia y en qué comidas (desayuno, almuerzo, cena) tiene asistencia disponible.
¿El Adulto Mayor tiene dificultades para masticar/mala salud odontológica? Sí No	¿El Adulto Mayor tiene dificultades para masticar o tiene mala salud odontológica?
Instalaciones y equipos de cocina del Adulto Mayor: (Marque todos los que correspondan) Cocina Privilegios de cocina Estufa Microondas Refrigerador Congelador con espacio disponible	¿El Adulto Mayor tiene el tipo de instalaciones y equipos de cocina indicados a su disposición?
¿El Adulto Mayor puede usar estos electrodomésticos sin supervisión? (Marque todos los que correspondan:) Estufa Congelador Microondas Refrigerador	Pregunte al Adulto Mayor cuáles son los electrodomésticos de la lista que él/ella puede usar sin supervisión.
Fuente de alimentos del Adulto Mayor durante los fines de semana:	¿Cómo obtiene el Adulto Mayor las comidas durante los fines de semana?
Restricciones Alimenticias:	Indique todas las restricciones alimenticias mencionadas por el Adulto Mayor.

<p>Alergias Alimentarias</p> <p>Sí (especifique) _____</p> <p>No</p> <p>NOTA: Es responsabilidad del cliente revisar el menú semanal y señalar cualquier inquietud relacionada con alergias al prestador de nutrición. Siempre que sea posible, el</p>	<p>Si el participante tiene alguna alergia alimentaria, marque “Sí” e indique a cuál(es) alimento(s) es alérgico/a. Si no tiene ninguna alergia alimentaria, marque “No”.</p> <p>El Proveedor de Nutrición de Envío de Comidas a Domicilio entregará a todos los clientes el “Folleto de Aviso de Alergias Alimentarias/Dietas Especiales” junto con la primera entrega de Envío de Comidas a Domicilio.</p> <p>Siempre que sea posible, el prestador suministrará una comida especial</p>
<p>proveedor suministrará una comida especial que cumpla con las necesidades de la dieta del cliente.</p>	<p>que cumpla con las necesidades de la dieta del cliente.</p> <p>Los ejemplos pueden incluir, entre otros: cambiar la leche de vaca por una leche alternativa de soya o a base de nueces fortificada con calcio debido a una Alergia a los Lácteos; cambiar pan de trigo por una rodaja de pan de papa por una alergia al trigo; suministrar una comida que no necesite refrigeración o una comida congelada que sea “antialérgica” y que no contenga los alérgenos alimentarios del cliente.</p> <p>Tenga en cuenta: En la mayoría de los casos, puede no ser seguro servirle las comidas regulares del programa a una persona con una alergia alimentaria con riesgo de vida documentada por un médico debido al riesgo de ingredientes desconocidos y contaminación cruzada.</p>
<p>¿Actualmente recibe beneficios de asistencia alimentaria?</p> <p>Sí</p> <p>No</p>	<p>Los ejemplos pueden incluir al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), también conocido como el programa de “Cupones de alimentos”, el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores (SFMNP, por sus siglas en inglés), que opera desde julio hasta fines de octubre, el Programa Complementario de Alimentos Básicos (CSFP, por sus siglas en inglés), u otros.</p> <p>Si la persona indica “NO” y su puntaje corresponde a “Riesgo Nutricional Elevado”, se beneficiaría con uno o más de estos programas de nutrición adicionales.</p>

<p>Motivo/Elegibilidad para Envío de Comidas a Domicilio: (Marque todas las que correspondan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confinado • Discapacidad permanente • Discapacidad temporal • Descanso para el cuidador • Comida para cónyuge o adulto discapacitado en el hogar • Otro (especificar) 	<p>El trabajador social o evaluador deberá indicar todos los motivos por los cuales el Adulto Mayor necesita el Envío de Comidas a Domicilio. Si selecciona “otra”, el trabajador social o evaluador deberá proporcionar más detalles.</p>
<p>El Adulto Mayor se beneficiará con el Envío de Comidas a Domicilio porque: (Marque todas las que correspondan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las comidas aumentarán la ingesta nutricional ya que el Adulto Mayor tiene ingresos limitados • El Adulto Mayor tiene dificultades para cocinar; se cansa rápidamente • El Adulto Mayor se está recuperando de una cirugía, una enfermedad, etc. • Otro (especificar) 	<p>El trabajador social o evaluador deberá indicar todos los beneficios para el Adulto Mayor por recibir el envío de comidas a domicilio. Si selecciona “otra”, el trabajador social o evaluador deberá proporcionar más detalles.</p>
<p>Actualmente recibe el envío de comidas a domicilio de otra fuente: Sí No</p>	<p>Responda “Sí” si el adulto mayor recibe Envío de Comidas a Domicilio de cualquier otra fuente, como iglesia, familia, etc.</p>

Principales Problemas de Salud (Marque todos los que correspondan)	
Ambulación: Completa Parcial Asistida Postrado en Cama	Pregunte al Adulto Mayor sobre su capacidad de ambulación.
Visión: Completa Limitada Anteojos Ciego/a	Pregunte al Adulto Mayor sobre su capacidad de visión.
Audición: Completa Dificultad para Escuchar Audífono Sordo	Pregunte al Adulto Mayor sobre su capacidad de audición.
Puntaje de Determinación de Necesidad (DON), si lo conoce:	Ingrese el puntaje total de DON del Adulto Mayor (si lo conoce).
Otras principales inquietudes de salud (describir):	Describa cualquier otra inquietud principal de salud.
Preguntas de Evaluación de Nivel de Prioridad (Una vez que se determina que el Cliente cumple es elegible para recibir Envío de Comidas a Domicilio)	
<p>1) a) Si tuviera alimentos a disposición, ¿podría usarlos para preparar comidas calientes? Respuestas: Sí (Vaya a la Pregunta 2) No (Vaya a la Pregunta 1 (b))</p> <p>1) b) ¿Tiene alguna ayuda confiable para la preparación de comidas? Respuestas: Sí (Vaya a la Pregunta 2) No (DETÉNGASE – Marque el Nivel de Prioridad Alto)</p> <p>2) (a) Durante el último mes...¿con qué frecuencia esta afirmación fue verdadera? Los alimentos que compramos no alcanzaron, y no teníamos dinero para comprar más. Respuestas: A Menudo, A Veces, Nunca</p> <p>2) b) Durante el último mes...¿con qué frecuencia esta afirmación fue verdadera? No podíamos darnos el lujo de pagar comidas equilibradas. Respuestas: A Menudo, A Veces, Nunca</p> <p>2) c) Durante el último mes...¿usted u otros adultos en el hogar alguna vez redujeron el tamaño de sus comidas porque no había dinero suficiente para comprar alimentos? Respuestas: Sí, No</p> <p>2) d) Durante el último mes...¿usted u otros adultos del hogar alguna vez se saltaron comidas porque no había dinero suficiente para comprar alimentos? Respuestas: Sí, No</p> <p>2) e) Durante el último mes...¿alguna vez comió menos de lo creía que debería porque no había dinero suficiente para comprar alimentos? Respuestas: Sí, No</p> <p>2) f) Durante el último mes...¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no podía darse el lujo de comprar comida suficiente? Respuestas: Sí, No</p> <p>3) ¿Usted puede llevar las compras a su casa</p>	<p>Marque solo un casillero para cada pregunta/subpregunta. Sume los puntos de las preguntas 2(a) a 2(f).</p> <p>Nota: si usa la versión modificable en PDF, el total de puntos seleccionados para las preguntas 2(a) a 2(f) se calculará automáticamente.</p> <p>El rango de puntos es de 0 a 6</p> <p>Seleccione el Rango de Puntos/Nivel de Prioridad con base en el total de puntos de 2(a) a 2(f) y la respuesta (Sí o No) a la Pregunta #3 para determinar el Nivel de Prioridad y los servicios adicionales con los cuales el cliente puede beneficiarse.</p>

Revisado

<p>cuando lo necesita? Respuestas: Sí (Seleccione el rango de puntos a continuación)</p>	
<p>0 a 1 punto = Prioridad Baja 2 a 6 puntos = Prioridad Intermedia (Puede beneficiarse con los servicios adicionales de nutrición) No (Seleccione el rango de puntos a continuación) 0 a 1 punto = Prioridad Baja (Puede beneficiarse con los Servicios de Compras Generales o Entrega de Comidas) 2 a 6 puntos = Prioridad Intermedia (Puede beneficiarse con servicios adicionales de nutrición)</p>	
Información de Otros Contactos	
Nombre del Médico de Cabecera: Teléfono del Médico de Cabecera:	Nombre y número de teléfono del médico que el Adulto Mayor quisiera tener indicado en el formulario.
Para Proveedores de Envío de Comidas a Domicilio	

<p>Se derivó al cliente al Programa de Atención Comunitaria (CCP, por sus siglas en inglés) para Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad adicionales.</p>	<p>Marque este casillero si usted es el Proveedor de Nutrición de Envío de Comidas a Domicilio que completa este formulario y ha identificado que el cliente se beneficiaría con los servicios adicionales del Programa de Atención Comunitaria (CCP).</p>
<p>Se le informó al cliente de Envío de Comidas a Domicilio que los alimentos pueden contener o estar en contacto con alérgenos alimentarios.</p>	<p>El proveedor de Envío de Comidas a Domicilio debe marcar este casillero sin importar si la respuesta del cliente sobre alergias alimentarias es Sí o No.</p> <p>Si este casillero está marcado, significa que el Proveedor de Nutrición de Envío de Comidas a Domicilio le entregó al cliente el Aviso de Alergias Alimentarias/Dietas Especiales junto con la primera entrega de comidas.</p>
<p>Autorización de Divulgación de Información</p>	
<p>Autorizo a ___ para 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 Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés), y/o la AAA.</p>	<p>Indique el nombre del trabajador social o evaluador que enviará una copia del formulario de derivación al proveedor de comidas y el nombre del proveedor de Envío de Comidas a Domicilio. También se autoriza a esta persona a analizar las necesidades de Envío de Comidas a Domicilio del Adulto Mayor con el proveedor, CCU, MCO y la Agencia Local del Adulto Mayor (AAA).</p>
<p>Firma del Adulto Mayor:</p>	<p>El Adulto Mayor firma el formulario de derivación u otorga consentimiento verbal, si se completó en forma telefónica. Instrucciones de Adobe Acrobat para la firma del Adulto Mayor (si está disponible):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga clic en “Completar y Firmar” en la pestaña de Herramientas. • Haga clic en la lapicera “Firmar” en la parte superior del formulario. • Haga clic en “Agregar Firma”. • Elija “Dibujar”. • Use el cursor para firmar el documento, o un dedo o lápiz óptico si usa el panel táctil, etc. <p>Haga clic en “Aplicar” y haga clic para colocar la firma. En caso que no esté disponible la opción de firma en Adobe Acrobat, el formulario deberá imprimirse para que el adulto mayor lo firme.</p>
<p>Se Brindó Consentimiento Verbal</p> <p>Fecha:</p>	<p>Marque este casillero si el adulto mayor brindó consentimiento verbal por teléfono en lugar de firmar el formulario en persona. Ingrese la fecha en la cual el adulto mayor firmó el formulario o brindó consentimiento verbal (puede hacerlo usando el calendario desplegable).</p>
<p>Certifico que este Adulto Mayor cumple con los criterios de elegibilidad para Envío de Comidas a Domicilio en virtud de la Ley del Adulto Mayor Estadounidense.</p>	
<p>Nombre del trabajador social:</p>	<p>Indique el nombre y número de teléfono del trabajador social o</p>
	<p>evaluador que completó el formulario de derivación.</p>

Organización:	Indique el nombre de la Organización de Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés).
Número de Teléfono:	Indique el número de teléfono de la MCO o CCU que completa el formulario.
Correo Electrónico:	Indique el correo electrónico de la organización que completa el formulario.
Firma:	Ingrese la firma digital o electrónica del trabajador social, o la firma del evaluador si el proveedor de nutrición completa el formulario. (NOTA: El trabajador social quizá necesite crear una firma electrónica en Adobe).
Fecha:	Ingrese la fecha (puede hacerlo usando el calendario desplegable).
Fecha de inicio de Envío de Comidas a Domicilio:	Indique la fecha en la cual el Adulto Mayor puede comenzar a recibir el Envío de Comidas a Domicilio (puede hacerlo usando el calendario desplegable).
Fecha de Reevaluación:	Indique la fecha en la cual debería reevaluarse la necesidad del Adulto Mayor de recibir el Envío de Comidas a Domicilio (puede hacerlo usando el calendario desplegable). NOTA: La reevaluación debe completarse obligatoriamente en forma anual, a menos que se indique lo contrario durante o después de que se complete el formulario de derivación.
Fecha de Finalización:	Indique la fecha en la cual puede suspenderse el servicio temporal de Envío de Comidas a Domicilio para el Adulto Mayor. Por ejemplo: si las comidas se envían como descanso para un cuidador; durante la recuperación posterior a una hospitalización o enfermedad de la que se espera que el cliente se recupere y no esté más tiempo confinado, etc. (puede hacerlo usando el calendario desplegable).
Instrucciones para el Conductor: (marque con un círculo todas las que correspondan) Tocar timbre Golpear a la puerta con fuerza Cuidado con el/los perro(s) Otra:	Indicar cualquier instrucción que deba seguir el conductor cuando entregue las comidas. Si selecciona "otra", el trabajador social deberá proporcionar más detalles como la falta de pasamanos, escalones empinados, etc.
Completado por (Únicamente para Agencias Derivadoras)	
Nombre de la Agencia Derivadora Domicilio Número de Teléfono	Indique el nombre, domicilio y número de teléfono de la agencia derivadora.
Imprimir/Guardar/Vaciar Formulario	El trabajador social deberá "Imprimir" o "Guardar" el formulario antes de optar por "Vaciar Formulario".