



Gracias por participar en el Programa de Nutrición para Adultos Mayores del condado de Contra Costa (Contra Costa County Senior Nutrition Program). Como participante de este programa, es importante que recopilemos información completa y precisa de los participantes del programa para garantizar que atendemos a los residentes elegibles de Contra Costa y para demostrar la necesidad de financiamiento continuo para el Programa de Nutrición para Adultos Mayores. Este formulario debe completarse prestando especial atención a los puntos obligatorios marcados con un asterisco (*). Su información es totalmente confidencial y segura. Su información personal nunca se compartirá con nadie. Gracias por su participación.

Marque si estuvo hospitalizado recientemente: ☐ Fecha: _____	Ruta: Proveedor:	*Motivo para la evaluación: Fecha: _____ ☐ Cliente nuevo ☐ Reevaluación trimestral/cambio de información
*Identificación de participante única: _____ * Fecha de nacimiento: _____	*Fecha de terminación: _____ * Motivo:	
¿ Tiene el cliente atención en casa? ☐ Sí ☐ No (No es elegible si el cliente tiene un cuidador privado pagado o un proveedor de IHSS) ¿ Quién da atención en casa? ☐ Familiar/amigo no remunerado ☐ Cuidador privado de pago ☐ Proveedor de IHSS		
*Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	*Apellido:
*Domicilio:	*Ciudad:	*Código postal:
*Teléfono de casa: ()	*Teléfono alterno: ()	Correo electrónico:
*Contacto de emergencia n.º 1: *Nombre:		*Teléfono: ()
*Contacto de emergencia n.º 2: *Nombre:		*Relación:
*¿Cuál es su sexo? (marque solo una opción) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero de hombre a mujer ☐ Transgénero de mujer a hombre ☐ Genderqueer/Género no binario ☐ No mencionado, especifique: _____ ☐ Rechazado/no declarado	*¿Cuál fue su sexo al nacer? (marque solo una opción) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Rechazado/no declarado	*¿Cómo describe su orientación o identidad sexuales? (marque solo una opción) ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay/Lesbiana/Amor del mismo género ☐ Cuestionando/Inseguro ☐ No mencionado, especifique: _____ ☐ Rechazado/no declarado
*Raza (marque todo lo que aplique) ☐ Blanca ☐ Negra ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiática india ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Vietnamita ☐ Otra asiática ☐ Guanameño ☐ Hawaiano ☐ Samoano ☐ De otras islas del Pacífico ☐ Rechazado/no declarado		
*Origen étnico (marque solo una opción) Hispano ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado/no declarado		Idioma preferido ☐ Inglés ☐ Necesita interpretación ☐ Otro _____ ☐ Rechazado/no declarado
*Arreglo de vivienda Número de miembros en el grupo familiar ☐ Rechazado/no declarado	*Ingresos del grupo familiar aproximados \$ _____ al ☐ mes ☐ año ☐ Rechazado/no declarado	*¿ Vive solo? ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado/no declarado

Estado civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja doméstica ☐ Soltero (nunca se ha casado)
☐ Separado ☐ Rechazado/no declarado

***Estado de veterano**

¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre/madre hijo de una persona que sirve o ha servido en el ejército de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No

Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento (Department of Aging) de California dé mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y teléfono móvil al Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) solo para recibir más información sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses. ☐ Sí ☐ No

Comuníquese con el Departamento de Asuntos de los Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos en www.calvet.ca.gov o llame sin costo al 1-800-952-5626.

***Evaluación de riesgos nutricionales:**

Marque solo una opción

Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o cantidad de comida que como (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Hago menos de 2 comidas al día. (3) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Como pocas frutas, vegetales o productos lácteos. (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días. (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Tengo problemas en los dientes o en la boca que me dificultan comer. (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito. (4) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Yo como solo la mayor parte del tiempo. (1) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Tomo 3 o más medicamentos diferentes, con receta o sin receta, al día. (1) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Sin quererlo, he bajado o subido más de 10 libras en los últimos 6 meses. (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar o comer. (2) ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado

Puntuación total del riesgo nutricional

Puntuación total del riesgo nutricional (marque uno)

☐ 0-5 ☐ 6 o más

***AVD e IADL (Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria)**

Califique sus capacidades funcionales para las siguientes actividades:

ESCALA DE CALIFICACIÓN	ADL	Valor nominal	IADL	Valor nominal	IADL	Valor nominal
1 = Independiente	Comida/alimentación		Tareas domésticas ligeras		Manejo del dinero	
2 = Asistencia verbal	Bañarse		Preparación de comidas		Teléfono	
3 = Un poco de ayuda humana	Vestirse		Manejo de medicamentos		NOTAS:	
4 = Mucha ayuda humana	Ir al baño		Tareas domésticas pesadas			
5 = Dependiente	Transferirse dentro o fuera de la silla		Hacer las compras			
6 = Rechazado/no declarado	Caminar		Transporte			

Elegibilidad:

☐ ¿Está confinado en su casa debido a una enfermedad, discapacidad o aislamiento?

Priorización:

Motivos de la remisión: (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Alta del hospital la semana pasada
- ☐ Dos personas que viven juntas y ninguna de ellas puede comprar ni cocinar
- ☐ Condición de prioridad o discapacitado con uno de los siguientes:
 - ☐ Problemas de movilidad
 - ☐ Problemas respiratorios/enfermedades de los riñones
 - ☐ Múltiples problemas médicos

- ☐ El cónyuge murió en los últimos 3 meses
- ☐ Vive solo, no puede comprar ni cocinar
- ☐ Bajo peso
- ☐ Vive con alguien que no le compra ni cocina
- ☐ Vive solo con algo de ayuda doméstica
- ☐ Vive con alguien, relevo para el cuidador

Describe los servicios/más remisiones prestadas al cliente:

Personal que completa la evaluación

Fecha

