

Formulario de inscripción de los servicios de nutrición para comidas listas para llevar

Información demográfica del adulto mayor (TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA)			
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		Teléfono:	
Ciudad:	Código postal:	Teléfono celular:	
Representante autorizado:			
Nombre:	Teléfono:	Vínculo:	
Contacto de emergencia:			
Nombre:	Teléfono:	Vínculo:	
Raza: (Marque todas las que correspondan)	Género:	Estado civil:	¿Vive usted solo/a?
Blanca	Masculino	Casado/a	Sí No
Negra o afroamericana	Femenino	Divorciado/a	Ingreso total individual: \$
Nativo/a de Hawái o de las Islas del Pacífico	Otro	Soltero/a	
Indígena estadounidense o nativo de Alaska		Viudo/a	
Asiática o asiática-estadounidense		Concubinatio Separado/a legalmente	
Etnia:	¿Ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?		
Hispano/a o latino/a No hispano/a o latino/a	Sí No		
Dominio limitado del inglés: Sí No		Si la respuesta es sí, idioma principal:	

Evaluación de riesgo nutricional	Sí/No	Puntos
Tengo una enfermedad o un problema de salud que me hace cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que ingiero.	Sí No	
Como menos de dos veces al día.	Sí No	
Como pocas frutas y verduras, o productos lácteos.	Sí No	
Bebo tres o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	Sí No	
Tengo problemas en mis dientes o en mi boca que me dificultan la alimentación.	Sí No	
No siempre tengo dinero suficiente para comprar los alimentos que necesito.	Sí No	
Como solo/a la mayor parte del tiempo.	Sí No	
Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día.	Sí No	
Sin quererlo, perdí o aumenté diez libras durante los últimos seis meses.	Sí No	
No siempre estoy físicamente apto/a para comprar, cocinar y/o alimentarme.	Sí No	
Total de puntos		

Información adicional de nutrición		
¿Actualmente recibe beneficios de asistencia alimentaria? (Ejemplos: SNAP, SFMNP, TEFAP)	Sí	No
¿Actualmente recibe asistencia alimentaria de otra fuente? (es decir, familia, iglesia, etc.)	Sí	No
¿Tiene dificultades para masticar/mala salud dental?	Sí	No
¿Tiene dificultades para tragar?	Sí	No
¿Necesita usted una dieta especial? (Si la respuesta es sí, especifique a continuación)	Sí	No
Diabetes Baja en Sodio Vegetariana Otra:		

Información adicional de nutrición (continuación)		
¿Tiene usted alguna alergia alimentaria?	Sí	No
Si la respuesta es sí, indique todas las alergias alimentarias:		NOTA: Es su responsabilidad revisar el menú semanal y señalar 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.

Actividades de la vida cotidiana (ADL, por sus siglas en inglés) y Actividades fundamentales de la vida cotidiana (IADL, por sus siglas en inglés)			
Marque "Sí" en cada actividad si tiene problemas para completar la tarea o si con frecuencia precisa ayuda para completar la tarea.			
Actividades de la vida cotidiana (ADL)	Sí / No	Actividades fundamentales de la vida cotidiana (IADL)	Sí / No
Comer	Sí No	Lavar la Ropa	Sí No
Bañarse	Sí No	Ir de Compras	Sí No
Cuidado personal	Sí No	Quehaceres domésticos livianos	Sí No
Vestirse	Sí No	Quehaceres domésticos pesados	Sí No
Aseo personal	Sí No	Teléfono	Sí No
Caminar/Movilidad	Sí No	Administración financiera	Sí No
Traslado (entrar/salir de la cama/silla)	Sí No	Transporte	Sí No
		Preparación de comidas	Sí No
		Medicamentos	Sí No

Certifico que toda la información proporcionada es exacta.	
Firma del participante:	Fecha:

A COMPLETAR POR EL PERSONAL:	
Razón para ofrecer comidas listas para llevar: <i>(Marque todas las que correspondan)</i> Confinado Discapacidad permanente Discapacidad temporal Descanso para el cuidador Comida para cónyuge o adulto discapacitado en el hogar Otra:	
El adulto mayor se beneficiará con las comidas listas para llevar porque: <i>(Marque todas las que correspondan)</i> Tiene dificultades para cocinar Está recuperándose de una cirugía Aumentará la ingesta nutricional Otra:	
Actividades de la vida cotidiana (ADL, por sus siglas en inglés) y Actividades fundamentales de la vida cotidiana (IADL, por sus siglas en inglés)	
Número total de ADL con respuesta "Sí":	Número total de IADL con respuesta "Sí":
Si el beneficiario respondió "sí" a la pregunta sobre dificultades con las ADL/IADL, se completó una derivación a prestadores de servicios en su área.	
Evaluación de riesgo nutricional	
Puntuación de riesgo nutricional total:	Bajo Medio Alto
Se le explicó al cliente la puntuación de riesgo y se entregó un folleto	
Si el riesgo es alto, se completó una recomendación para realizar un seguimiento con un proveedor de servicios médicos.	
Certifico que este adulto mayor cumple con los criterios de elegibilidad para comidas listas para llevar en virtud de la Ley de Estadounidenses de Edad Avanzada.	
Firma:	Teléfono:
Nombre del miembro del personal:	Correo electrónico:
Organización:	Fecha:
Autorización de divulgación de información	
<i>Autorizo al prestador y/o al personal de la Agencia Local del Adulto Mayor a analizar mis necesidades.</i>	
Firma del cliente:	Fecha: