

2017 Evaluación de Nutrición para Clientes de Sitios de Comida Congregan

Actualizado 10. Febrero, 2017

Datos Basicos del Cliente:			Fecha de Evaluación: / /		
*Nombre:	*Apellido:	Inicial del Segundo nombre:			
*Fecha de nacimiento: / /	Edad:	*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro		¿Es usted veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su idioma principal?	*¿Cuál es Su raza?		*¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
*¿Usted tiene una discapacidad visual (no se puede corregir con lentes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Usted recibe Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
*¿Usted vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted es casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas personas viven en su casa?		
¿Cuál es su ingreso mensual?			¿Cuál es el ingreso mensual del hogar?		
*¿Cuál es su ingreso mensual? <input type="checkbox"/> \$1,005 o menos <input type="checkbox"/> \$1,006 hasta \$1,256 <input type="checkbox"/> \$1,257 hasta \$1,859 <input type="checkbox"/> \$1,860 o mas			*¿Cuál es el ingreso mensual de usted y su pareja? <input type="checkbox"/> \$1,353 o menos <input type="checkbox"/> \$1,354 hasta \$1,691 <input type="checkbox"/> \$1,692 hasta \$2,503 <input type="checkbox"/> \$2,504 o mas		
*Dirección residencial (número, calle):			Dirección postal (calle/Apdo postal):		
*Apartamento (si es aplicable):			Ciudad postal:		
*Ciudad residencial:			Estado postal, código postal:		
*Estado residencial, código postal:			Dirección de correo electrónico:		
*Condado residencial:					
* Teléfono principal (incluyendo la AREA):			Teléfono secundario (incluyendo la AREA):		
Contacto de emergencia:			Relación:	Número telefónico:	
Nombre de su medico:		Apellido de su medico:		Número telefónico:	
¿Es usted cuidador de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es usted abuelo/a criando nietos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Trabaja usted? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Empleo voluntario <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> No			¿Está dispuesto a trabajar como voluntario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Como se enterarán de estos servicios? <input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Hoja informativa de AAA <input type="checkbox"/> Canal 9 Senior Source (TV) <input type="checkbox"/> Sitio de comida congregan <input type="checkbox"/> De un Cliente actual <input type="checkbox"/> De un Amigo/Persona familiar <input type="checkbox"/> Feria de Mayores <input type="checkbox"/> Por casualidad <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro _____					
¿Quiere enterarse de otros servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Como podemos comunicarnos? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Teléfono		
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactar ustedes?			Por favor, dinos cuales otros servicios quiere recibir:		

Preguntas sobre Nutrición – Por favor, llene si reciben comidas en sitios congregan:	Sí	No	Puntuación
*Padezco una enfermedad o trastorno de salud que me hizo cambiar de dieta alimenticia.			2
*Como menos de 2 comidas al día.			3
*Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.			2
*Tomo 3 o más bebidas alcohólicas como cerveza, licor, o vino casi todos las días.			2
*Padezco de problemas dentales o bucales y se me dificulta comer.			2
*A veces no tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.			4
*Como solo(a) la mayor parte del tiempo.			1
*Tomo 3 o más medicinas, ya sean recetadas o no, al día.			1
*Sin querer, he rebajado o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.			2
* A veces no me siento físicamente capaz de ir de compras, cocinar y/o comer.			2
¿Cuál es el riesgo nutricional del consumidor? (0-2= <i>Ningún riesgo</i> 3-5= <i>Riesgo moderado</i> 6 o más= <i>Alto riesgo</i>)	Total de los puntos ‘Sí’: _____		
¿Gustaría recibir asesoramiento de nutrición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

He sido informado de las políticas sobre contribuciones voluntarias, quejas, y derechos de apelación. Estoy al tanto que para recibir servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos or proveedores de servicios y adjunto doy mi consentimiento. (Si llenado por asesor o telefono, por favor marque aquí y firme abajo).

Firma _____

Fecha _____

Soló uso de oficina: Llenado por _____

Fecha _____

Por favor, lee la siguiente información sobre este Formulario de Admisión para Clientes y las policias sobre quejas y agravio:

Estamos pidiendo que usted llene el formulario ajunto segun el major de su conocimiento para ayudarnos intender como usted quiere recibir servicios. Necesitamos información basica (*) para cumplir con requisitos de reportes federales y estatales y para destinar ayuda a las personas de edad 60 y mayores quien exige la mayor necesidad economica o social, como personas de bajos ingresos, personas de grupos minorías, personas frágiles, y personas quien viven en lugares rurales. Solicitudes de servicios seran procesado si hay fondos.

No se usa su nivel de ingresos para qualificar usted por los servicios, pero recopilarnos datos demográficos para algunos entidades para demostrar la necesidad de continuar financiar los servicios. Nadien les va a contactar a menos que usted solicita información sobre servicios.

Si no hay bastante lugar en este formulario para alguna respuesta, por favor ajuntan una hoja adicional.

Proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones:

El propósito del proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones es

- De segurar un trato justo y equitativo de todos los consumidores, eliminar insatisfacción, resolver problemas y
- De establecer procesos de quejas y apelaciones cuales informan los consumidores sobre sus derejos de quejarse y de recibir una respuesta escurita del proveedor de servicios.

Cualquier consumidor elegible segun OAA/OCA (Older Americans Act/Older Coloradans Act) quien tiene quejas/agravios con la organización que pide que usted llene este formulario tiene el derecho a presentar una queja/agravio con la organización y, si no tiene satisfacción con la decisión, atrear la decisión con la AAA (Area Agency on Aging) local o la SUA (State Unit on Aging).

Usted puede obtener el proceso complete de Quejas/Agravios/Apelaciones si se comunican con su AAA local y/o la SUA:

Office of Community Access and Independence
Aging and Adult Services
1575 Sherman Street, 10th Floor
Denver, CO 80203
(303) 866-2800 (Main Line)
(303) 866-2977 (Fax)
(888) 866-4243 (Toll Free)

Contribuciones:

Cualquier persona que recibe servicios debe tener la oportunidad de contribuir parte del costo de los servicios. Ninguna persona debe ser negado servicios si no puede o no quiere contribuir.

GUARDE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS

Instructions about filling out the 2017 Consumer Congregate Nutrition Assessment Form:

This Consumer Congregate Nutrition Assessment Form needs to be filled out by the AAAs or their providers to gather the information required by the federal or state government to be entered into Colorado's official data system (currently SAMS). In addition to register a client in SAMS, by entering date into the detailed consumer record, the rest of the required information needs to be entered into the assessment portion of SAMS.

(*) Any fields with this prefix designate demographic data collected by the federal or state government to support the need for continued funding for the various programs. This data will be de-identified and used in aggregate form to compile statistical information. None of the data is sold to a third party and any personal information will only be used in an effort to better serve the client in providing him/her with services.

There is one additional required field you need to be aware of, which is not on the form, but needs to be checked in the Basic Client Information section of the assessment form. That field is 'Is the client's income level below the national poverty level?', which shows up on the consumer record in the NAPIS section as 'In poverty?'. Please check yes, if the consumer has less than \$1,005 individual or less than \$1,353 household income monthly; mark 'no' otherwise.

Another oddity to be aware of, is the 'What is your race?' question. When you check the race in the assessment, the only thing that comes across to the consumer record is a 'Yes' or 'No' on the 'Is Ethnic Race specified?' question under the NAPIS section of the consumer record. You still need to mark the correct race under the Ethnic Races section on the right side of the consumer detail record screen.

Any fields which do not have the (*) prefix are optional, but help determine in what other ways we might be able to help the client and to get feed-back about which of our outreach programs are successful. Please try to obtain as much information as possible, since we can only help when we know that there is a need.

While we ask you to make an honest effort to gather this basic information, we cannot deny services to clients on the basis of them refusing to provide the requested information, since our programs are not means tested. Since our programs are specifically for the elderly, particularly for persons age 60 or over, the date of birth needs to be filled in. If the client refuses to provide his/her date of birth, please enter January 1 and the year which would make them the age they are stating. Then, indicate in the notes of the consumer detail record that the date of birth is not factual, as the client would not provide it.

Clients need to be asked to complete this form when they first start receiving meals or nutrition counseling at a congregated meal site. Unless other services are provided to the client, this assessment needs to be completed only once and the client does not have to get assessed multiple times. This form can only be used for clients receiving the following services:

- Congregate Meals or Congregate Meals (State)
- Nutrition Counseling or Nutrition Counseling (State)
(for C1 clients only, since C2 clients need the full In-Home assessment to qualify)

If you have any questions, please contact your local AAA office.