

2017 Evaluación de Clientes Recibiendo Servicios en Casa

Actualizado 10. Febrero, 2017

Datos Basicos del Cliente:		Fecha de Evaluación: / /	
*Nombre:		*Apellido:	
*Fecha de nacimiento: / /		Edad:	
*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro		Inicial del Segundo nombre:	
¿Cuál es su idioma principal?		*¿Cuál es Su raza?	
*¿Usted tiene una discapacidad visual (no se puede corregir con lentes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es usted veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Usted usa lentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		*¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*¿Usted vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted recibe Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Usted es casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted tiene problema de audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su ingreso mensual?		¿Cuántas personas viven en su casa?	
*¿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 del hogar? <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):	
Direcciones para llegar a la casa del del cliente:			
Contacto de emergencia:	Nombre y apellido:	Número telefónico:	Relación:
Contacto principal:			
Contacto secundario:			
Médico de atención primaria:			
Cuidador (si es aplicable):			
Poder Legal (si es aplicable):			
Modo de Carta Poder:			
¿Como se enterarán de estos servicios?			
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Hoja informative de AAA <input type="checkbox"/> Canal 9 Senior Source (TV) <input type="checkbox"/> Sitio de comida congregam <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 _____			

Movilidad y Condición de Salud del Cliente:	Condición del Domicilio del Cliente y Mascotas:		
<p>¿El cliente usa alguno dispositivo de movilidad? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿El cliente tiene deterioro de la memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente era diagnosticado de diabético? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente usa oxígeno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente usa suministros para la incontinencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente necesita supervisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente tiene uno de las siguientes discapacidades? <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>¿El cliente fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El hogar necesita reparaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, note cuáles (especialmente si hay preocupación de seguridad): _____</p> <p>¿Hay mascotas en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Cuáles mascotas tiene el cliente? _____</p> <p>¿Hay mascotas bravas (peligro a los empleados)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro informacion útil sobre la condición de la casa o las mascotas: _____ _____</p>		
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 mi 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
*No siempre 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
*No siempre me siento físicamente capaz de ir de compras, cocinar y/o comer.			2
<p>¿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>)</p>	Total de los puntos ‘Sí’: _____		
<p>¿Gustaria recibir asesoramiento de nutrición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			

ADLs and IADLs required to determine eligibility for in-home services:					
ADLs (Actividades cotidianas)	Sí	No	IADLs (Actividades funcionales cotidianas)	Sí	No
*Puedo comer sin ayuda.			*Puedo administrar el dinero sin ayuda.		
*Puedo vestirme sin ayuda.			*Puedo hacer mis compras sin ayuda.		
*Puedo bañarme sin ayuda.			*Puedo tomar mis medicamentos sin ayuda.		
*Puedo usar el excusado sin ayuda.			*Puedo preparar mis alimentos sin ayuda.		
*Puedo acostarme y pararme de una cama o silla sin ayuda.			*Puedo hacer los quehaceres de la casa sin ayuda.		
*Puedo moverme en mi casa sin ayuda.			*Puedo usar el teléfono sin ayuda.		
			*Puedo usar los medios de transporte sin ayuda.		
Total de ADL del cliente - Total de los puntos 'No': _____			Total de IADL del cliente - Total de los puntos 'No': _____		
¿Alguien le ayuda con los ADLs o IADLs? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si contestó sí, ¿quién le ayuda? _____		
Otro Criterio para Calificar:				Sí	No
*¿El cliente requiere Home Health Aide (ayuda al hogar para la salud) por orden del médico?					
*¿El cliente vive en una área rural?					
*¿El cliente no puede salir la casa porque vive en una área remoto para justificar comida entregada a domicilio?					
*¿El cliente puede hacer los quehaceres cotidianos del hogar sin ayuda?					
*Comente sobre la incapacidad del cliente para hacer los quehaceres del hogar:					
*¿Tiene cliente deterioro de función cognoscitiva? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave (Necesita asistencia con situaciones rutinarias por falta de función cognitiva.)					

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 _____

Sólo uso de oficina: Llenado por _____

Fecha _____

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

Estamos pidiendo que usted llene el formulario adjunto según el mejor de su conocimiento para ayudarnos a entender cómo usted quiere recibir servicios. Necesitamos información básica (*) para cumplir con requisitos de reportes federales y estatales y para destinar ayuda a las personas de edad 60 y más que tienen la mayor necesidad económica o social, como personas de bajos ingresos, personas de grupos minorías, personas frágiles, y personas que viven en lugares rurales. Solicitudes de servicios serán procesadas si hay fondos.

No se usa su nivel de ingresos para calificarlo para los servicios, pero recopilamos datos demográficos para algunas entidades para demostrar la necesidad de continuar financiando los servicios. Nadie les va a contactar a menos que usted solicite información sobre servicios.

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

Proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones:

El propósito del proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones es

- De asegurar un trato justo y equitativo de todos los consumidores, eliminar insatisfacción, resolver problemas y
- De establecer procesos de quejas y apelaciones que informan a los consumidores sobre sus derechos de quejarse y de recibir una respuesta escrita del proveedor de servicios.

Cualquier consumidor elegible según OAA/OCA (Older Americans Act/Older Coloradans Act) que tiene quejas/gravios 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, apelar la decisión con la AAA (Area Agency on Aging) local o la SUA (State Unit on Aging).

Usted puede obtener el proceso completo 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 In-Home Services Assessment Form:

This Consumer In-Home Services 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 are some required fields you need to be aware of when entering the assessment into SAMS:

- '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.
- 'Is the client frail', which is in the Other Eligibility Criteria section of the assessment. Please check 'Yes' if the client has more than two ADLs or needs supervision due to cognitive impairment.
- A client has to be homebound to qualify for home delivered meals. You find an explanation of what qualifies when entering the assessment into SAMS.
- When you enter the 'What is your race?' question of the assessment into SAMS, 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; it does not cross-populate.

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.

This form must be used for clients receiving one or more of those services and clients have to be reassessed every six months (except for counseling and screening, where the client needs to be assessed only once):

- Adult Day Care/Adult Day Health or Adult Day Care/Adult Day Health (State)
- Case Management or Case Management (State)
- Chore or Chore (State)
- Home Delivered Meals or Home Delivered Meals (State)
- Home Health Aide or Home Health Aide (State)
- Homemaker or Homemaker (State)
- Personal Care or Personal Care (State)
- Screening or Screening (State) – no reassessment required

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

