|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **El formulario de registro de clientes, DAAS-101, versión corta solo puede ser utilizado para inscribir a clientes de nutrición congregada y transporte. Complete toda la información correspondiente a nutrición congregada y/o transporte.** | | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, II y VII SOLO para los códigos **(180)-**Nutrición congregada, **(181)**-Nutrición congregada-NSIP y **(182)**-Comidas suplementales de nutrición congregada. | | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I y VII SOLO para los códigos **(250)**-Transporte, **(033)**-Transporte (médico) y (252) Transporte-Programa piloto de pase de autobús. | | | | | | | | | | | | |
| **Códigos de servicio:** Haga clic para ingresar la información | | | | **Código de región:** Haga clic para ingresar la información | | | | | | | **Código del proveedor:** Haga clic para ingresar la información | |
| ***ESTATUS DEL CLIENTE: Marque la casilla o casillas apropiadas y ponga la fecha.*** | | | | | | | | | | | | |
| **Nuevo registro** | | | | | | | FECHA: Haga clic para introducir una fecha. | | | | | |
| **Activación** | | | | | | | FECHA: Haga clic para introducir una fecha. | | | | | |
| **Esperando servicio** *[Complete SOLO la sección I]* | | | | | | | FECHA: Haga clic para introducir una fecha.  *(ponga 3 códigos de servicio):* Haga clic para introducir una fecha. | | | | | |
| **Cambio de información** | | | | | | | FECHA: Haga clic para introducir una fecha.  *(complete la sección I cuando se necesite un cambio para cualquier información del cliente)* | | | | | |
| **Inactivo** – FECHA: Haga clic para introducir una fecha. *(marque la casilla a continuación) (marque inactivo solo si deja ARMS permanentemente)*  *Si el cliente es un cuidador que recibe servicios de FCSP/proyecto CARE y el motivo de inactividad del cliente se relaciona más con el estado del beneficiario de cuidados, marque la casilla Beneficiario de cuidados*  El motivo por el que el cliente está inactivo se aplica a: ☐ Cliente/cuidador ☐ Beneficiario de cuidados | | | | | | | | | | | | |
| Se trasladó a una vivienda con asistencia para adultos mayores  Arreglo de vivienda alternativo  Muerte  Hospitalización (no se espera que regrese)  Colocación en hogar de ancianos | | | | | | | | Se mudó fuera del área de servicio  Función mejorada/necesidad eliminada  Servicio no necesario/no deseado  Enfermedad (no se espera que regrese)  Otro (especificar): Haga clic para introducir una fecha. | | | | |
| **SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre legal:** Apellido Haga clic para ingresar la información | | | | | Nombre Haga clic para ingresar la información | | | | | Inicial del segundo nombre Haga clic para ingresar la información | | |
| Sufijo Haga clic para ingresar la información | | **Últimos 4 dígitos del SSN:** Haga clic para ingresar la información | | | | | | | | | | **Teléfono:** Haga clic para ingresar la información  ☐ Sin teléfono |
| **Dirección:** Haga clic para ingresar la información  **Condado:** Haga clic para ingresar la información | | **Correo electrónico:** Haga clic para ingresar la información | | | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO:** Haga clic para introducir una fecha.  *Marque si cumple con requisitos especiales* | | |
| **Ciudad:** Haga clic para ingresar la información | | | | | **Estado:** Haga clic para ingresar la información | | | | | | | **Código postal:** Haga clic para ingresar la información |
| **Género:**  *(Marque una opción)*  Femenino  Masculino | **¿En/por debajo del nivel de pobreza?**  *(Marque una opción)*  Sí  No | | **Estado Civil** *(marque uno)*  Soltero  Divorciado  Casado  Viudo  Separado  En unión libre  Se niega a contestar  Desconocido | | | | | | **Estatus del hogar** *(marque uno)*  Vive solo  Vive con otros  Desconocido  Se niega a contestar  Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) [La asistencia legal es el único servicio por cobrar ya que “Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)”] | | | |
| **Raza** (Marque todas las que correspondan)  Negro o afroamericano  Caucásico (blanco)  Asiático o asiático-americano  Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó | | | | | | **Origen étnico (¿Es de origen hispano o latino?)**  Hispano o latino  No hispano ni latino  Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó | | | | | | |
| **Idioma principal hablado:** Inglés Español  Otros Haga clic para ingresar la información [*ver idiomas en el manual del formulario de registro del cliente (CRF, por sus siglas en inglés)]* | | | | | | |
| **Nombre del contacto de emergencia:** Haga clic para ingresar la información Se negó a proporcionarTeléfono celular: Haga clic para ingresar la información Teléfono de casa: Haga clic para ingresar la información Teléfono al que podemos contactarle durante el día: Haga clic para ingresar la información | | | | | | | | | | | | |
| **Estado funcional general del cliente:**  Bueno  En riesgo  Riesgo alto  ***Utilice esta sección para incluir el estado funcional REPORTADO POR EL MISMO CLIENTE. Si el cliente recibe otros servicios además de nutrición congregada y transporte, use la versión larga del formulario DAAS 101 para registrar al cliente y complete la sección IV para reportar el estado funcional general. ARMS calculará automáticamente el estado funcional general del cliente cuando se llene la SECCIÓN IV.*** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECCIÓN II: Requerido *SOLO* para clientes de nutrición congregada de HCCBG, entrega de comidas a domicilio, comidas suplementales de nutrición congregada, suplemento de entrega de comidas a domicilio, NSIP (solo comidas) y servicios de gestión de la atención.** | | |
| **Puntuación de salud nutricional** | | |
| **Fecha de evaluación:** Haga clic para introducir una fecha. | **Respuesta** | **Se niega a contestar** |
| 1. ¿Tiene una enfermedad o afección que le hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que come? | Sí  No |  |
| 1. ¿Cuántas comidas come al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de fruta come al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de verdura come al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de leche/productos lácteos consume por día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántas bebidas de cerveza, licor o vino toma todos los días o casi todos los días? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Tiene problemas dentales/bucales que le dificultan comer? | Sí  No |  |
| 1. ¿Tiene siempre suficiente dinero o cupones de alimentos para comprar los alimentos que necesita? | Sí  No |  |
| 1. ¿Cuántas comidas come solo al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántos medicamentos recetados toma al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Cuántos medicamentos de venta libre toma al día? | Haga clic para ingresar la información |  |
| 1. ¿Ha perdido 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Ha aumentado 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es usted físicamente capaz de comprar por sí mismo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es físicamente capaz de cocinar para usted mismo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es físicamente capaz de alimentarse? | Sí  No |  |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN VII: Obligatorio para *TODOS LOS* clientes** |
| Yo, el cliente, entiendo que la información contenida en este formulario se mantendrá confidencial a menos que la divulgación sea requerida por orden judicial o para informes y monitoreo de programas federales, estatales o locales autorizados. Entiendo que cualquier derecho que pueda tener a los beneficios del Seguro Social u otros beneficios patrocinados por el gobierno federal o estatal no se verá afectado por la provisión de la información antes mencionada. Mi firma autoriza a la agencia proveedora a comenzar el(los) servicio(s) solicitado(s). |
| **FECHA:** Haga clic para introducir una fecha. **FIRMA DEL CLIENTE/CUIDADOR:** Haga clic para ingresar la información  **FECHA:** Haga clic para introducir una fecha. **FIRMA DEL EMPLEADO DE LA AGENCIA:** Haga clic para ingresar la información |
| **Solo para uso del proveedor: Ponga sus iniciales a continuación, después de haber reevaluado:**  Actualización del registro: Haga clic para ingresar la información Iniciales del personal: Haga clic para ingresar la información  Actualización del registro: Haga clic para ingresar la información Iniciales del personal: Haga clic para ingresar la información  Actualización del registro: Haga clic para ingresar la información Iniciales del personal: Haga clic para ingresar la información |
| **NOTAS / COMENTARIOS:**  Haga clic para ingresar la información |