

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: _____ Código de región: _____ Código del proveedor: _____

ESTATUS DEL CLIENTE: Marque la casilla o casillas apropiadas y ponga la fecha.

Nuevo registro FECHA: _____

Activación FECHA: _____

Esperando servicio [Complete SOLO la sección I] FECHA: _____
 (ponga 3 códigos de servicio):

Cambio de información FECHA: _____
 (complete la sección I cuando se necesite un cambio para cualquier información del cliente)

Inactivo – 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 Se mudó fuera del área de servicio

Arreglo de vivienda alternativo Función mejorada/necesidad eliminada

Muerte Servicio no necesario/no deseado

Hospitalización (no se espera que regrese) Enfermedad (no se espera que regrese)

Colocación en hogar de ancianos Otro (especificar): _____

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre legal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sufijo _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____ Teléfono: _____
 Sin teléfono

Dirección: _____ Correo electrónico: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Condado: _____ Marque si cumple con requisitos especiales

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

| | | | |
|--|--|---|--|
| Género: (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | ¿En/por debajo del nivel de pobreza? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Se niega a contestar <input type="checkbox"/> Desconocido | Estatus del hogar (marque uno) <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vive con otros <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se niega a contestar <input type="checkbox"/> 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 _____ [ver idiomas en el manual del formulario de registro del cliente (CRF, por sus siglas en inglés)]

Nombre del contacto de emergencia: _____ Se negó a proporcionar
 Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono al que podemos contactarle durante el día: _____

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: | Respuesta | Se niega a contestar |
|--|---|--------------------------|
| a. ¿Tiene una enfermedad o afección que le hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que come? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Cuántas comidas come al día? | | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Cuántas porciones de fruta come al día? | | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cuántas porciones de verdura come al día? | | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Cuántas porciones de leche/productos lácteos consume por día? | | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Cuántas bebidas de cerveza, licor o vino toma todos los días o casi todos los días? | | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tiene problemas dentales/bucales que le dificultan comer? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Tiene siempre suficiente dinero o cupones de alimentos para comprar los alimentos que necesita? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Cuántas comidas come solo al día? | | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Cuántos medicamentos recetados toma al día? | | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Cuántos medicamentos de venta libre toma al día? | | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Ha perdido 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Ha aumentado 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Es usted físicamente capaz de comprar por sí mismo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| o. ¿Es físicamente capaz de cocinar para usted mismo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| p. ¿Es físicamente capaz de alimentarse? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |

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: _____ FIRMA DEL CLIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____ FIRMA DEL EMPLEADO DE LA AGENCIA: _____

Solo para uso del proveedor: Ponga sus iniciales a continuación, después de haber reevaluado:

Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____

Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____

Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____

NOTAS / COMENTARIOS: