

FORMULARIO PARA REGISTRO DEL CLIENTE • DAAS 101 (Versión corta)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, División de Servicios para adultos y personas de edad avanzada.

Sección I: obligatoria para todos los clientes

Esta versión corta del Formulario DAAS-101 para el registro del cliente solo podrá usarse para registrar clientes de los servicios de comidas para la tercera edad o de transporte. Si corresponde, completar toda la información a continuación.

- HCCBG para nutrición en la tercera edad (**180**), NSIP solamente comida para la tercera edad (**181**), suplemento nutricional líquido para la tercera edad (**182**): completar solamente las secciones I, II y VII.
- HCCBG para transporte general (**250**) o médico (**033**): completar solamente las secciones I y VII.

Códigos de servicio:	Código de la región:	Código del proveedor:
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

1. Estado del cliente: *marcar las casillas correspondientes. Ingresar la fecha en la que cambió el estado del cliente.*

Nueva inscripción/activación (Fecha: _____)

A la espera del servicio (completar solamente la sección I): (Fecha: _____)
 Ingresar los códigos de los servicios en espera:

Información modificada (Fecha: _____)
 (Completar la sección 1; puntos 2, 4 y 5, más la información que se debe modificar)

Inactivo (Fecha en la que el proveedor considera que el cliente se convirtió en inactivo y no se espera que regrese: _____)
Ingresar la razón por la cual el cliente se marcó como inactivo. Solamente marcar un cliente como inactivo si se considera que dejó el sistema de servicios de manera permanente. Indicar la razón por la cual el cliente se marcó como inactivo a continuación. Si el cliente es un cuidador que recibe servicios del FCSP o de Project C.A.R.E. y su inactividad se relaciona más con el estado de quien recibe la atención, marcar la casilla "receptor de la atención".

La razón para marcar un cliente como inactivo se aplica a: Cliente/cuidador O receptor de la atención

<input type="checkbox"/> Trasladado a un hogar para cuidado de adultos/asilo	<input type="checkbox"/> Mudanza fuera del área de servicio
<input type="checkbox"/> Vivienda alternativa	<input type="checkbox"/> Mejora en el estado funcional/eliminación de la necesidad
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Servicio no deseado/innecesario
<input type="checkbox"/> Hospitalización (no se espera que regrese)	<input type="checkbox"/> Enfermedad (no se espera que regrese)
<input type="checkbox"/> Ubicación en institución de cuidado de ancianos	<input type="checkbox"/> Otra (Especificar): _____

2. Nombre legal, Apellido: Nombre: _____	4. Últimos 4 dígitos del SSN:
Inicial del segundo nombre: _____ Fórmula de tratamiento: _____	

No se requiere para entrada de datos: nombre por el que la persona prefiere que la llamen en el caso de que difiera con el nombre legal en la tarjeta de SS:	5. Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Marcar si tiene elegibilidad especial
--	--

3. Domicilio físico:	6. N.º telefónico: <input type="checkbox"/> No tiene teléfono
Dirección postal: _____ <input type="checkbox"/> Es igual al domicilio	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____	

7. Sexo <i>(marcar una)</i> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	8. ¿En o por debajo de la línea de pobreza? <i>(marcar una)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. Estado civil <i>(marcar una)</i> <input type="checkbox"/> Soltero (nunca se casó) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero (divorciado/viudo) <input type="checkbox"/> Se niega a responder	10. Número de personas en el hogar <i>(marcar una)</i> <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Hogar comunitario/compartido <input type="checkbox"/> 2 personas <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> 3 o más personas
--	---	---	--

11. Raza <i>Marcar la raza con la que el cliente más se identifica:</i>	12. Etnia <i>(¿Es de origen hispánico o latino?)</i>
Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconoce/se niega a responder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No es hispano o latino <input type="checkbox"/> No hay información <input type="checkbox"/> Hispano de Puerto Rico <input type="checkbox"/> Hispano de Cuba <input type="checkbox"/> Hispano estadounidense de origen mexicano <input type="checkbox"/> Otro
13. Idioma primario hablado en el hogar: <i>(consultar las 30 opciones de idiomas en el manual de instrucciones del CRF)</i>	

Nombre de un contacto de emergencia: _____	<input type="checkbox"/> Se negó a brindar información del contacto de emergencia
N.º telefónico: _____	N.º telefónico durante la noche: _____

14. Estado funcional general del cliente: Bueno En riesgo Alto riesgo

Ingresar el estado funcional general que informa el cliente personalmente aquí. Si el cliente recibe servicios adicionales al servicio de comidas para la tercera edad y transporte, utilizar la versión extendida del DAAS-101 para registrarlo y completar la sección IV para informar sobre su estado funcional.

Sección II: solamente obligatoria para servicio de comidas y suplemento nutricional líquido para la tercera edad o solo comidas para la tercera edad del NSIP.

15. Puntaje de salud nutricional		Se niega a responder
a. ¿Padece de alguna enfermedad o afección que lo hace cambiar la cantidad o el tipo de comida que ingiere?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cuántas comidas realiza al día?	N.º	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cuántas porciones de fruta ingiere al día?	N.º	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cuántas porciones de vegetales ingiere al día?	N.º	<input type="checkbox"/>
e. ¿Cuántas porciones de leche o lácteos ingiere al día?	N.º	<input type="checkbox"/>
f. ¿Cuál es la cantidad de cerveza, licor, o vino consume por día o casi todos los días?	N.º	<input type="checkbox"/>
g. ¿Tiene problemas dentales o bucales que le dificultan comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
h. ¿Siempre cuenta con suficiente dinero o cupones de comida para comprar los alimentos que necesita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
i. ¿Cuántas comidas al día realiza solo?	N.º	<input type="checkbox"/>
j. ¿Cuántos medicamentos con receta consume por día?	N.º	<input type="checkbox"/>
k. ¿Cuántos medicamentos de venta libre consume por día?	N.º	<input type="checkbox"/>
l. ¿Perdió 10 o más libras en los últimos 6 meses de manera involuntaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
m. ¿Ganó 10 o más libras en los últimos 6 meses de manera involuntaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
n. ¿Se encuentra físicamente apto para comprar por sí mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
o. ¿Se encuentra físicamente apto para cocinarse por sí mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
p. ¿Se encuentra físicamente apto para alimentarse por sí mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

Sección VII: OBLIGATORIA PARA TODOS LOS CLIENTES.

Yo, en mi condición de cliente, entiendo que la información en el presente formulario se mantendrá de manera confidencial a menos que se requiera su divulgación por orden judicial o para informe o control autorizado de un programa federal, estatal o local. Entiendo que cualquier derecho que tenga sobre los beneficios de seguridad social u otros beneficios federales o estatales financiados no se verán afectados por la provisión de la información antes mencionada. Mi firma autoriza a la agencia proveedora a dar inicio a los servicios solicitados.

FECHA: _____ **FIRMA DEL CLIENTE:** _____

FECHA: _____ **FIRMA DEL EMPLEADO DE LA AGENCIA:** _____

Solo para uso del proveedor. Colocar las iniciales si no hay cambios:

Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____
 Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____
 Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____

Solo para uso del proveedor. Colocar las iniciales si no hay cambios:

Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____
 Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____
 Actualización de registro __/__/__ Iniciales del personal _____