Agencia Local sobre el Envejecimiento del condado de Los Ángeles

Anexo A

Nombre de la agencia: Human Services Association Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN UNIVERSAL

LOS ANGELES COUNTY Aging & Disabilities Department

Identificador de financiamiento:
Título IIIB ☐ Título C1 ☐ Título C2 ☑ Título IIIE ☐ Título IIIE(G) ☐ Vínculos ☐

IDENTIFICACIÓN

1a	Apellido del solicitante	Primer nombre	Segundo nombre	Número de ID de GetCare

Fecha de nacimiento	Edad	Número de seguro social (*opcional*)	
Dirección de residencia *(número/calle)*	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal *(si es diferente a la dirección de residencia)*	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial	Teléfono laboral	Teléfono celular	
Dirección de correo electrónico			

DATOS DEMOGRÁFICOS

1b	Designación rural ☐ Rural ☐ Urbano ☐ Declino a declarar	Ciudad no incorporada ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Declino a declarar	Género ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Queer/no binario ☐ No indicado, especificar: _____ ☐ Declino a declarar
Orientación sexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay/lesbiana/homosexual ☐ Explorando/no sabe ☐ No indicado, especificar: _____ ☐ Declino a declarar	
Veterano ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ Cónyuge ☐ Pareja legal ☐ Padre o madre ☐ Hijo de una persona ☐ Personal militar activo ☐ Declino a declarar

☐ El cliente da su consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California compartan el nombre, la dirección de correo electrónico, la dirección postal y el número de teléfono móvil del cliente al Departamento de Asuntos de Veteranos de California solamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que el cliente podría ser elegible. El cliente entiende que este consentimiento es válido durante 12 meses.

Comuníquese con el CalVet para determinar la elegibilidad para recibir servicios y apoyos en www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.

Raza
☐ Blanco ☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Vietnamita
☐ Indoasiático ☐ Laosiano ☐ Camboyano ☐ Otro asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Guameño
☐ Hawaiano ☐ Samoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Declino a declarar

Origen étnico ☐ No hispano/latino ☐ Hispano/latino ☐ Declino a declarar

Estado civil ☐ Soltero (nunca casado) ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Declino a declarar

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

1b Cont.

Tipo de residencia

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Hotel ☐ Casa rodante

☐ Centro de atención residencial ☐ Asilo

☐ Pensión ☐ Sin hogar ☐ Otro ☐ Declino a declarar

El individuo

☐ Alquila ☐ Es propietario ☐ Otro

☐ Declino a declarar

Situación laboral

☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Declino a declarar

Condición de vida

☐ Solo ☐ Acompañado ☐ Declino a declarar

Directriz federal de pobreza (FPG)

Nivel de ingresos ☐ 100% de la FPG o por debajo

☐ Por encima del 100% de la FPG

☐ Declino a declarar

Idioma principal

☐ Lengua de señas americana ☐ Árabe ☐ Armenio ☐ Camboyano ☐ Cantonés ☐ Chino ☐ Inglés

☐ Farsi ☐ Francés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Mandarín ☐ Japonés ☐ Ruso ☐ Español ☐ Tagalo

☐ Tailandés ☐ Vietnamita ☐ Otro ☐ Declino a declarar

Necesita traducción ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

CONTACTOS DE EMERGENCIA

2

Apellido del contacto		Primer nombre		Segundo nombre
Dirección *(número/calle)*		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial	Teléfono laboral	Teléfono celular	Relación	
Nombre del contacto (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*) –*opcional*				
Dirección *(número/calle)*		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial	Teléfono laboral	Teléfono celular	Relación	
Médico de cabecera			Teléfono del consultorio	
Dirección del médico		Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

BENEFICIOS

3

¿Recibe actualmente beneficios del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	¿Recibe actualmente beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

¿Participa en CalFresh (cupones de alimentos, SNAP, EBT)?

☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	Nombre de la aseguradora de salud	Número de póliza: *(opcional)*
¿Recibe Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	Número de Medi-Cal (*opcional*) Fecha de emisión:	¿Recibe Medicare? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

¿Recibe Servicios de Apoyo en Casa *(IHSS)*? ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

¿Recibe algún beneficio adicional? (Por ejemplo, beneficios para veteranos, CAPI, etc.)

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

4 Fuente de referencia

Apellido	Primer nombre	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Problemas actuales/servicios solicitados/comentarios/seguimiento:

FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES

5 **FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES**

(Sume los números de cada casillero marcado para determinar la puntuación de riesgo nutricional, si el total es 6 o más, el participante tiene un riesgo nutricional **alto** *).*

Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comidas que consumo.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Como menos de 2 comidas al día.	3 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Tomo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Tengo problemas en los dientes o la boca que me dificultan comer.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	4 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
La mayor parte del tiempo, como solo.	1 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes al día.	1 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Sin quererlo, bajé o subí 10 libras en los últimos 6 meses.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
No siempre tengo la capacidad física para comprar, cocinar o alimentarme.	2 ☐ Sí	☐ No	☐ Declino a declarar
Puntuación de riesgo nutricional total		El cliente tiene un riesgo alto: ☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

FACTORES DE RIESGO DE ADL/IADL Y FACTORES DE DISCAPACIDAD

6 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADL)/ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADL) FACTORES DE RIESGO Y DE DISCAPACIDAD *(excluido el Programa de Cuidadores del Título IIIE)*

Actividades de la vida diaria *(ADL)*

	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente	Declino a declarar
Alimentarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bañarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar el baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trasladarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Actividades instrumentales de la vida diaria *(IADL)*

	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente	Declino a declarar
Preparar comidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer las compras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manejar los medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manejar el dinero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar el teléfono	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer tareas domésticas pesadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer tareas domésticas livianas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar transporte	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Factores de discapacidad

☐ Discapacidad visual ☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad del habla

☐ Discapacidad física ☐ Ayuda para caminar ☐ Silla de ruedas

☐ Confinado a la cama ☐ Deterioro de la memoria ☐ Depresión

☐ Deterioro cognitivo ☐ Ninguno ☐ Declino a declarar

Alta hospitalaria reciente ☐ Sí ☐ No

☐ Declino a declarar

Fecha del alta

Fecha de finalización del servicio

Hospital

Tiene diabetes

☐ Sí ☐ No

☐ Declino a declarar

¿Le diagnosticaron Alzheimer o un trastorno neurológico relacionado?

☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS RECEPTORES DE CUIDADOS Y LOS CUIDADORES SEGÚN EL TÍTULO IIIE

7 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS RECEPTORES DE CUIDADOS/CUIDADORES SEGÚN EL TÍTULO IIIE

Haga copias adicionales de las secciones 7 y 8 si hay más de un receptor de cuidados

Relación con el cuidador: ☐ Esposo ☐ Esposa ☐ Pareja de hecho ☐ Hijo/yerno ☐ Hija/nuera ☐ Abuelo o abuela ☐ Otro familiar ☐ Hermana ☐ Hermano ☐ Padre o madre/suegro o suegra ☐ No familiar ☐ Declino a declarar

Apellido del receptor de cuidados	Primer nombre	Segundo nombre	Número de ID de GetCare del receptor de cuidados

Dirección (calle y número)	Ciudad	Estado	Código postal

Designación rural	Ciudad no incorporada
☐ Rural ☐ Urbano ☐ Declino a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Teléfono residencial	Teléfono laboral	Teléfono celular	Teléfono del contacto de emergencia

Fecha de nacimiento	Edad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No declarado

Número de Seguro Social (opcional)	Dirección de correo electrónico

Veterano	Cónyuge de veterano
☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Raza

☐ Blanco ☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Indoasiático ☐ Laosiano ☐ Camboyano ☐ Otro asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Guameño ☐ Hawaiano ☐ Samoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Declino a declarar

Origen étnico

☐ No hispano/latino ☐ Hispano/latino ☐ Declino a declarar

Estado civil

☐ Soltero *(nunca casado)* ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Declino a declarar

Tipo de residencia	El individuo	Condición de vida
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Hotel ☐ Casa rodante	☐ Alquila ☐ Es propietario	☐ Solo
☐ Centro de atención residencial ☐ Asilo ☐ Pensión	☐ Otro	☐ Acompañado
☐ Sin hogar ☐ Otro ☐ Declino a declarar	☐ Declino a declarar	☐ Declino a declarar

¿Recibe Servicios de Apoyo en Casa *(IHSS)*?	Directriz federal de pobreza (FPG) Nivel de ingresos del receptor de cuidados
☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ 100% de la FPG o por debajo ☐ Por encima del 100% de la FPG ☐ Declino a declarar

¿Tiene seguro médico?	¿Recibe Medicare?	¿Recibe Seguro Social?	¿Recibe Medi-Cal?
☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

FACTORES DE RIESGO DE ADL/IADL Y FACTORES DE DISCAPACIDAD DEL RECEPTOR DE CUIDADOS SEGÚN EL TÍTULO IIIE

8 FACTORES DE RIESGO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADL)/ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADL) Y FACTORES DE DISCAPACIDAD DEL RECEPTOR DE CUIDADOS SEGÚN EL TÍTULO IIIE

Actividades de la vida diaria *(ADL) (se excluye a los nietos)*

	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente	Declino a declarar
Alimentarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bañarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar el baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trasladarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Actividades instrumentales de la vida diaria *(IADL) (se excluye a los nietos)*

	Independiente	Asistencia verbal	Un poco de ayuda humana	Mucha ayuda humana	Dependiente	Declino a declarar
Preparar comidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer las compras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manejar los medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manejar el dinero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar el teléfono	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer tareas domésticas pesadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer tareas domésticas livianas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usar transporte	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Factores de discapacidad

☐ Discapacidad visual ☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad del habla ☐ Discapacidad física ☐ Ayuda para caminar ☐ Silla de ruedas ☐ Confinado a la cama ☐ Deterioro de la memoria ☐ Depresión ☐ Deterioro cognitivo ☐ Ninguno ☐ Declino a declarar

Tiene diabetes

☐ Sí ☐ No

☐ Declino a declarar

¿Le diagnosticaron Alzheimer o un trastorno neurológico relacionado al receptor de cuidados?

☐ Sí ☐ No ☐ Declino a declarar

Nombre de la agencia: _____Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN

9

CERTIFICACIÓN

(Esta parte la completa el entrevistador y la firma el cliente).

Certifico que la información en este formulario, que me dio el cliente, es precisa y verdadera en la medida de mis posibilidades. También certifico que informé al cliente que esta información podría compartirse con otros proveedores con el fin de prestar servicios. La firma del cliente establece el acuerdo con los servicios.

Completado por (nombre en letra de molde)	*Teléfono*
Firma	*Fecha*
Nombre del cliente (en letra de molde)	
Firma del cliente	*Fecha*

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

10 **MOTIVO DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN** | *Fecha de cancelación de la inscripción:*

☐ Fallecido ☐ Se mudó fuera del área de servicios ☐ Ya no desea los servicios ☐ Ya no está certificado para SNF

☐ Ya no es elegible para Medi-Cal ☐ Internación ☐ Alto costo de los servicios ☐ No sigue el plan de atención

☐ En espera ☐ El servicio ya no es necesario ☐ Activo anteriormente ☐ En lista de espera ☐ Otro motivo

NOTAS:

Gracias por completar el Formulario de admisión universal (UIF). Como la población de edad avanzada crece y los fondos continúan siendo limitados, es fundamental recopilar esta información crítica para reforzar y corroborar el aumento de la demanda de servicios para adultos mayores. Esta información ayudará a la Agencia Local sobre el Envejecimiento (AAA) del condado de Los Ángeles a identificar necesidades insatisfechas, desarrollar planes de manera eficaz y coordinar mejor los servicios para satisfacer sus necesidades.