

FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTES • DAAS 101 | (CLIENT REGISTRATION FORM SPANISH • DAAS 101)
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte - División de Envejecimiento y Servicios para Adultos

- 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.
- COMPLETE LAS SECCIONES I, VI y VII para el programa de Apoyo al Cuidador Familiar/proyecto CARE (**todos los códigos FCSP de las series 820, 830, 840, 850, EXCEPTO los códigos 821, 822, 831, 841, 851, 861.** Para el beneficiario de cuidados, complete LAS SECCIONES III, IV y V.
- COMPLETE LAS SECCIONES I, IV y VII para los códigos **235, 236, 237, 238**-Relevo de ayuda en el hogar, **309**-Relevo grupal, **210**-Relevo institucional. Ponga los datos del beneficiario de cuidados, no del cuidador. Si corresponde, complete las secciones V y VI.
- COMPLETE LAS SECCIONES I, II, IV, VII para los códigos **020**- Comidas a domicilio, **021**- Comidas a domicilio-NSIP, **022**- Comidas a domicilio suplementarias y **610**- Gestión de la atención. Si corresponde, complete las secciones V y VI.
- COMPLETE LAS SECCIONES I, IV y VII para todos los demás servicios de HCCBG. Si corresponde, complete las secciones V y VI.

Códigos de servicio: _____ **Código de región:** _____ **Código del proveedor:** _____

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

<input type="checkbox"/> Nuevo registro	FECHA: _____
<input type="checkbox"/> Activación	FECHA: _____
<input type="checkbox"/> Esperando servicio [Complete SOLO la sección I]	FECHA: _____ (ponga 3 códigos de servicio):
<input type="checkbox"/> Cambio de información	FECHA: _____ (complete la sección I cuando se necesite un cambio para cualquier información del cliente)
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Cliente/cuidador <input type="checkbox"/> Beneficiario de cuidados	
<input type="checkbox"/> Se trasladó a una vivienda con asistencia para adultos mayores <input type="checkbox"/> Arreglo de vivienda alternativo <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Hospitalización (no se espera que regrese) <input type="checkbox"/> Colocación en hogar de ancianos	<input type="checkbox"/> Se mudó fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Función mejorada/necesidad eliminada <input type="checkbox"/> Servicio no necesario/no deseado <input type="checkbox"/> Enfermedad (no se espera que regrese) <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE/CUIDADOR (Requerido para TODOS clientes/para FCSP el cuidador es el cliente).

Nombre legal: Apellido _____		Nombre _____		Inicial del segundo nombre _____	
Sufijo _____		Últimos 4 dígitos del SSN: _____		Teléfono: <input type="checkbox"/> Sin teléfono	
Dirección: _____		Correo electrónico: _____		FECHA DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> Marque si cumple con requisitos especiales	
Condado: _____		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) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó		Origen étnico (¿Es de origen hispano o latino?) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó			
		Idioma principal hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> 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 cuidador: Bueno En riesgo Riesgo alto

(Cuando EL CUIDADOR ESTÉ REGISTRADO COMO CLIENTE, utilice esta sección para incluir el estado funcional reportado por el mismo CUIDADOR y complete la sección IV para el beneficiario de cuidados). Si se requiere la SECCIÓN IV, OMITA ESTA PREGUNTA. ARMS calculará automáticamente el estado funcional general del cuidador 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 III: Datos del beneficiario de cuidados (no del cuidador) para servicios del programa de Apoyo al Cuidador Familiar/proyecto CARE.

BENEFICIARIO DE CUIDADOS número 1 (adulto/niño) (Para beneficiarios de cuidados adicionales, adjunte un DAAS-101 adicional, secciones III, IV y V.)

Nombre: Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Sufijo	Últimos 4 dígitos del SSN/ceros:	Teléfono: <input type="checkbox"/> Sin teléfono
Dirección:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿El beneficiario de cuidados es una persona con discapacidad(es) grave(s)? Sí No

¿El beneficiario de cuidados vive en el mismo hogar que el cuidador? Sí No

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado En unión libre Se niega a contestar Viudo Desconocido

SECCIÓN IV: Datos del cliente/beneficiario de cuidados (no del cuidador). No requerido para niños menores de 18 años que reciben cuidado por FCSP.

¿La vida diaria del cliente/beneficiario de cuidados se ve afectada significativamente debido a la pérdida de memoria o un deterioro cognitivo? Sí No

¿Ha un médico o profesional de la salud diagnosticado a un beneficiario de cuidados con la enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada? Sí No

IADLS (¿Puede el cliente o beneficiario de cuidados hacer lo siguiente sin ayuda? Seleccione Sí/No)				ADLS (¿Puede el cliente o beneficiario de cuidados hacer lo siguiente sin ayuda? Seleccione Sí/No)				
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Preparar alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer las compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar el inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar su ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transferirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar sus finanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar el transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN TOTAL IADL:				PUNTUACIÓN TOTAL ADL:				

Cuidadores no remunerados (incluido el cuidador principal) _____ [SOLO RESPONDA para los servicios de relevo, FCSP y del proyecto CARE. De lo contrario, escriba "0" en ARMS y pase a la Sección VII en el DAAS-101].

SECCIÓN V: Complete para el relevo de HCCBG, FCSP y del proyecto CARE si respondió 1 o más en la pregunta anterior: "Cuidador no remunerado".

¿Cuántas horas de atención necesita el beneficiario de cuidados? _____ Por día Por semana

¿Cuántas horas suele dedicar el cuidador a la atención del beneficiario de cuidados? _____ Por día Por semana

Relación del cuidador principal con el beneficiario de cuidados: (marque SOLO uno)

<input type="checkbox"/> Esposa	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> No es pariente	<input type="checkbox"/> Pareja, incluida la unión libre
<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Adulto mayor que no es su pariente (FCSP)
<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/yerno	<input type="checkbox"/> Adulto mayor que es otro pariente (FCSP)
		<input type="checkbox"/> Hija/nuera	

¿El cuidador principal es un cuidador de larga distancia? Sí No **[Si respondió sí, responda las siguientes preguntas mencionando el condado en Carolina del Norte o el estado en el que se encuentra]**

Cuidador a distancia (mencione el condado de Carolina del Norte) _____

Fuera del estado (mencione el estado) _____

SECCIÓN VI: Complete para TODOS LOS cuidadores.

En general, diría que la salud del cuidador es:	Excelente (5) <input type="checkbox"/>	Muy buena (4) <input type="checkbox"/>	Buena (3) <input type="checkbox"/>	Regular (2) <input type="checkbox"/>	Mala (1) <input type="checkbox"/>
¿Qué tan estresante es para usted brindar cuidados?	Extremadamente (5) <input type="checkbox"/>	Mucho (4) <input type="checkbox"/>	Moderadamente (3) <input type="checkbox"/>	Ligeramente (2) <input type="checkbox"/>	Para nada (1) <input type="checkbox"/>

Estado de empleo del cuidador principal:

- Tiempo completo
 Tiempo parcial
 Tuvo que renunciar debido a la necesidad de brindar cuidados
 No está/no estaba trabajando
 Se jubiló anticipadamente debido a la necesidad de brindar cuidados
 Jubilado
 Se niega a contestar
 Perdió el trabajo/fue despedido debido a la necesidad de brindar cuidados
 Otro (especifica) _____

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/UIDADOR:** _____

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: