

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.

<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"/> Se mudó fuera del área de servicio
<input type="checkbox"/> Arreglo de vivienda alternativo	<input type="checkbox"/> Función mejorada/necesidad eliminada
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Servicio no necesario/no deseado
<input type="checkbox"/> Hospitalización (no se espera que regrese)	<input type="checkbox"/> Enfermedad (no se espera que regrese)
<input type="checkbox"/> Colocación en hogar de ancianos	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL 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:		

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) <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 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: