

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

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

Códigos de servicio:	<p><i>Completar todas las secciones de este formulario que estén identificadas para los códigos de servicio aplicables.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Family Caregiver Support Program (todos los códigos en 820, 830, 840, 850 a excepción de 821, 822, 831, 841, 851, 861) y Project C.A.R.E.: ingresar la información para el cuidador en las secciones I, VI, y VII y para el receptor de la atención en las secciones III, IV, y V.
Código de la región:	<ul style="list-style-type: none"> • HCCBG para asistente de relevo en el hogar (235, 236, 237, 238), relevo grupal (309), y relevo institucional (210): ingresar la información para la persona que recibe la transferencia de servicios (no el cuidador) en las secciones I, IV, V (si corresponde), VI (si corresponde), y VII.
Código del proveedor:	<ul style="list-style-type: none"> • HCCBG para administración de casos (610), reparto de comidas al hogar (020), NSIP solo reparto de comidas al hogar (021), reparto de suplemento nutricional líquido al hogar (022): completar las secciones I, II, IV, V (si corresponde), VI (si corresponde), y VII. • Para todos los demás servicios del HCCBG, completar las secciones I, IV, V (si corresponde), VI (si corresponde), y VII.

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 por la razón que figura a continuación: _____)
Ingresar la razón por la cual el cliente se marcó como inactivo a continuación. Solamente marcar un cliente como inactivo si se considera que dejó el sistema de servicios de manera permanente.
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"/> Vivienda alternativa <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Hospitalización (no se espera que regrese) <input type="checkbox"/> Ubicación en institución de cuidado de ancianos	<input type="checkbox"/> Mudanza fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Mejora en el estado funcional/eliminación de la necesidad <input type="checkbox"/> Servicio no deseado/innecesario <input type="checkbox"/> Enfermedad (no se espera que regrese) <input type="checkbox"/> Otro (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:
 Marcar si tiene elegibilidad especial

3. Domicilio físico:

Dirección postal: _____ *Es igual al domicilio*

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

6. N.º telefónico:
 No tiene teléfono

7. Sexo <i>(marcar una)</i>	8. ¿En o por debajo de la línea de pobreza? <i>(marcar una)</i>	9. Estado civil <i>(marcar una)</i>	10. Número de personas en el hogar <i>(marcar una)</i>
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltero (nunca se casó) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero (divorciado/viudo) <input type="checkbox"/> Se niega a responder	<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	12. Etnia <i>(¿Es de origen hispánico o latino?)</i>
<p style="text-align: center;"><i>Marcar la raza con la que el cliente más se identifica: Marcar todas las que correspondan:</i></p> <p>Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asiático..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Blanco..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nativo de Hawái o de las otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desconoce/se niega a responder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<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

Nombre de un contacto de emergencia: _____ *Se negó a brindar información del contacto de emergencia*

N.º telefónico durante el día: _____ N.º telefónico durante la noche: _____

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

(Cuando el cuidador se registra como el cliente, utilizar este campo para el estado funcional personal que informa el cuidador y luego completar la sección IV para la persona que recibe la atención.)

Sección II: obligatorio solo para clientes de comidas para la tercera edad, reparto de comidas en el hogar, suplementos nutricionales líquidos de HCCBG, solamente servicio de comidas del NSIP o de administración de casos.

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 III: Completar para la persona que recibe la atención (no para el cuidador) si los servicios están financiados por el Family Caregiver Support Program o Project C.A.R.E.

RECEPTOR DE LA ATENCIÓN N.º 1 (Para receptores adicionales, adjuntar un formulario DAAS-101 adicional, secciones III, IV, y V.)

16. Nombre, Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	FÓRMULA DE TRATAMIENTO	Últimos 4 dígitos del SSN (o ceros)
Domicilio físico:			N.º telefónico: <input type="checkbox"/> No tiene teléfono		fecha de nacimiento MM DD AAAA
Dirección postal			<input type="checkbox"/> Es igual al domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

17. ¿Presenta la persona que recibe la atención discapacidades graves? Sí No

18. ¿Vive la persona que recibe la atención en el mismo hogar que el cuidador? Sí No

19. Estado civil del receptor de la atención: soltero (nunca se casó) soltero (divorciado/viudo)
(marcar una) casado se niega a responder

Sección IV: Completar para todos los clientes a menos que el cliente sea el cuidador. Para dicho caso completar la sección IV para la persona que recibe la atención. la única excepción es que la sección IV no es obligatoria para servicios del FCSP que involucran a un familiar de un menor.

20. ¿Presenta el cliente (receptor de la atención) una pérdida de la memoria o confusión significativa? Sí No

21. Cantidad de IADL (Actividades instrumentales de la vida diaria)	El cliente (o receptor de la atención) puede llevar a cabo las siguientes tareas sin ayuda.		Si la respuesta a los puntos a-h de la pregunta n.º 21 o los puntos a-f en la n.º 22 es "no", seleccionar uno de los siguientes:			
	SÍ	NO	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona no paga que le brinda asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona paga que le brinda asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona paga y una no paga que le brindan asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y no tiene a nadie que le brinde asistencia.
a. Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comprar artículos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Manejar sus propios medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Manejar su propio dinero (pagar cuentas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Realizar tareas del hogar demandantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Limpiar de manera superficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Capacidad de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total de columnas respondidas con "no" = dificultades de las IADL						

22. Cantidad de ADL (Actividades de la vida diaria)	SÍ	NO	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona no paga que le brinda asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona paga que le brinda asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y tiene a una persona paga y una no paga que le brindan asistencia.	El cliente (o receptor de la atención) no puede y no tiene a nadie que le brinde asistencia.
a. Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Utilizar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pasarse de y a la cama/silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Deambular (caminar o moverse por la casa sin ayuda de nadie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total de columnas respondidas con "no" = dificultades de las ADL						

23. ¿Cuántos cuidadores no pagos, incluido el cuidador primario, se encargan de la atención? Escribir n.º
(Si la respuesta a esta pregunta es "0," pasar a la sección VII.)

Sección V: completar para cuidado de relevo HCCBG, FCSP, y otros donde se haya marcado "1" o más en la P23.

24. ¿Cuántas horas de asistencia, atención o supervisión por día necesita el receptor?

a. N.º de horas al día necesarias:

b. Si no es por día, n.º de horas semanales necesarias:

25. ¿Cuántas horas de asistencia, atención o supervisión por día proporciona el cuidador primario?

a. N.º de horas proporcionadas al día:

b. Si no es por día, n.º de horas semanales proporcionadas:

26. Relación del cuidador primario con el receptor de la atención: (marcar una)

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> esposa | <input type="checkbox"/> hermana | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> tía | <input type="checkbox"/> otro familiar |
| <input type="checkbox"/> esposo | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> tío | <input type="checkbox"/> no es familiar |
| <input type="checkbox"/> hija/nuera | <input type="checkbox"/> sobrina | <input type="checkbox"/> abuela | <input type="checkbox"/> nieta/nieta política | |
| <input type="checkbox"/> hijo/yerbo | <input type="checkbox"/> sobrino | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> nieto/nieto político | |

Sección VI: completar para todos los cuidadores. Las preguntas 27-30 deben contestarse solamente por el cuidador.

27. Estado de salud personal que informa el cuidador primario en una escala de 1 (malo) to 5 (excelente) (elegir uno)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

28. Cuidador primario: Qué tan estresante es para usted ser cuidador en una escala de 1 (nada/muy poco) a 5 (mucho) (elegir uno.)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

29. Situación laboral paga del cuidador primario:

- Tiempo completo Medio tiempo Renunció para ser cuidador
 No se encuentra/encontraba trabajando Se jubiló antes para ser cuidador
 Jubilado/beneficios completos Perdió el trabajo/despedido por ser cuidador

30. ¿Es el cuidador primario un cuidador a larga distancia?

Sí No

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 (Cuidador):** _____

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 _____