

CommUnify Senior Nutrition Intake Form

Formulario de ingesta de nutrición
Complete este formulario lo mejor que pueda.

Consumer ID# _____
Intake Date: _____
Beginning Date: _____
Termination Date: _____
Reason: _____

Eligibility:
 Age 60+ Verified By _____
 Spouse of age 60+ participant
 Disabled person residing in housing facilities occupied primarily by age 60+ individuals where site is located
 Disabled person residing at home with age 60+ participant
 Volunteer

For Office:
 Congregate
 Home Delivered Meals
Site/Route: _____

Income Level: Ex. Low / Low / Mod

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Declino a responder

Dirección postal: ¿Lo mismo que Residencial? Si Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Declino a responder

Número de Teléfono: () _____ Contacto de Emergencia
Alt Numero : () _____ Número de teléfono: () _____ Relación a usted: _____

Arreglo del Hogar # de miembros del hogar
 Solo/a Vive con mas gente
 Declino a responder

¿Cuál es su ingreso familiar aproximado? \$ _____ por
 mes año Declino a responder

¿Recibe Seguro Social?
 Si No Declino a responder

¿Área rural?
 Si No
 Declino a responder

Martial Status?
 Casado/a
 Viudo/a
 Legalmente separado/a
 Divorciado/a
 Soltero/a
 Declino a responder

¿Mujer Como la Encargada de Familia?
 Si No Declino a responder

¿Elegible para Medicare?
 Si No Declino a responder

¿Confinado en casa?
 Si No

Nombre de la esposa/a o pareja: _____

¿Miembro tribal?
 Si No Declino a responder

¿Fragil?
 Si No

Referred Senior To: _____

¿Cuál es su género? (Marque solo uno)
 Hombre Mujer Transgénero de mujer a hombre Transgénero de hombre a mujer
 Género no binario No listado, por favor especifique: _____ Declino a responder/no indica

¿Que fue su sexo al nacer? (Marque solo uno)
 Hombre Mujer
 Declino a responder/no indica

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque solo una)
 Heterosexual Bisexual Gay / lesbiana / amoroso del mismo género
 Cuestionando/No estoy seguro/a No listado, por favor especifique: _____
 Declino a responder/no indica

Etnicidad (Marque solo una)
 Hispano/a / Latino/a Otro: _____
 Declino a responder

Idioma :
 Inglés Otro Idioma: _____

Raza (Marque solo una)
 Caucásico Negro / Afroamericano Indio Americano / Nativo de Alaska Indio Asiático
 Camboyano Coreano/a Chino Laosiano Filipino
 Japonés Vietnamita Guatemalteco Hawaiano Samoano
 Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska y White Asiática y Caucásico
 Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano
 Otro Isleño del Pacífico Otra Raza Múltiples Razas Otro Asiático Declino a responder

¿Abusado? ¿Descuidado? ¿Explotado? Si No Declino a responder

¿Discapacitado? Si No Declino a responder

Ciudadano/a estadounidense? Si No Declino a responder

Veterano/a? Si No Declino a responder Dependiente Veterano/a ? Si No Declino a responder

Deterioro Cognitivo Ningún Leve Moderadamente Demencia Grave UNK Declino a responder

¿Estado de Empleo? Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado/a desempleado/a UNK Declino a responder

¿Cómo escuchaste sobre nuestro programa?? AAA Proveedor de atención médica Relativo Organización basada en la fe
 Centro de La Tercera Edad Amigo Otro _____

Actividades de la Vida Diaria (ADL'S) & Instrumentales (IADL's) Sección de Evaluación / Reevaluación.

| Actividades de la vida diaria (ADL) | Independiente | Asistencia verbal | Un poco de ayuda humana | Mucha ayuda humana | Dependiente | Declino a responder |
|---|---------------|-------------------|-------------------------|--------------------|-------------|---------------------|
| Comer | | | | | | |
| Bañarse | | | | | | |
| Ir al Baño | | | | | | |
| Transferir (cama / silla) | | | | | | |
| Caminando | | | | | | |
| Vestirse | | | | | | |
| Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL) | Independiente | Asistencia verbal | Un poco de ayuda humana | Mucha ayuda humana | Dependiente | Declino a responder |
| Preparación de la Comida | | | | | | |
| La Compra de Alimentos | | | | | | |
| Administración de Medicamentos | | | | | | |
| Administración del Dinero | | | | | | |
| Usando el Teléfono | | | | | | |
| Quehaceres Domésticos Pesados | | | | | | |
| Quehaceres Domésticos Livianos | | | | | | |
| Transportación | | | | | | |

Sección de Evaluación de Riesgo Nutricional

| Circula el número en la columna "Sí" para las que se aplican. | Si |
|--|--|
| Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que como. | 2 |
| Como menos de 2 comidas por día. | 3 |
| Como pocas frutas o verduras o productos lácteos. | 2 |
| Tomo 3 o más bebidas de cerveza, licor o vino por día. | 2 |
| No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito. | 2 |
| I don't always have enough money to buy the food I need. | 4 |
| Yo como solo/a la mayoría del tiempo. | 1 |
| Tomo 3 o más medicamentos recetados o sin receta al día. | 1 |
| Sin querer, he perdido o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses. | 2 |
| No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar y / o alimentarme. (¿Necesitas a alguien que lo haga por ti)? | 2 |
| Total del puntaje nutricional: si es igual o mayor a 6, el cliente tiene un alto riesgo nutricional. | |
| Problemas de Salud del Cliente: (Do not leave blank. Must input into database) | <input type="checkbox"/> Declino a responder |

Completado por _____ Fecha _____