

OAA Services Forma de Evaluación

Información Demográfica del Consumidor

(Requerido para Opciones de Consejería y Manejo de Caso)

Nombre del consumidor: _____

Fecha de Nacimiento:

Número telefónico preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

¿Cuáles son los objetivos del consumidor para sí mismo/qué quiere el consumidor?

Recursos del Consumidor

(Requerido para Opciones de Consejería y Manejo de Caso)

Arreglos de Vivienda del Consumidor

¿Dónde vive el consumidor?: Casa Asilo de ancianos Vivienda asistida Localidad de salud mental Desamparado (sin casa)

¿Está el cliente empleado actualmente? Sí No

¿Cuál es el estatus de empleo deseado por el cliente?

Tiempo completo

Medio tiempo

Interesado en trabajar pero necesita apoyo de empleo

No está interesado

Apoyos y Servicios en General

¿Preocupaciones generales de salud?:

No hay preocupaciones Algunas preocupaciones Fuertes preocupaciones

¿Preocupaciones de cognición o salud mental?:

No hay preocupaciones Algunas preocupaciones Fuertes preocupaciones

¿Preocupaciones de abuso de sustancias?:

No hay preocupaciones Algunas preocupaciones Fuertes preocupaciones

¿Preocupaciones por quehaceres domésticos o ambientales?:

No hay preocupaciones Algunas preocupaciones Fuertes preocupaciones

¿Preocupaciones financieras?:

No hay preocupaciones Algunas preocupaciones Fuertes preocupaciones

Durante los últimos 6 meses ¿ha tenido caídas que le causen lesiones? Sí No

¿Alguno de los siguientes ayuda con el cuidado del consumidor?

Proveedor AAA Privado
 Familia Otro
 Cónyuge

¿Qué servicios quiere el consumidor?

Nutrición y comidas Clases de salud y ejercicio
 Opciones para permanecer en casa Ayuda de un cuidador
 Asistencia Legal Transportación

Información de Salud

(Requerido para Manejo de Caso)

Nota: La IDA no recopilará datos detallados de los consumidores relacionados con médicos u hospitalizaciones. La IDA puede solicitar a AAA que proporcione informes de datos generales sobre información como el tiempo transcurrido desde que fue dado de alta de un entorno hospitalario, razones para hospitalización, especialidad del médico.

Salud Física

Doctor Primario

¿Tiene un doctor primario actualmente? Sí No

Doctor primario del consumidor (si aplica): _____

¿Cuándo fue la última vez que vio a su doctor primario?

En los últimos 6 meses Durante el último año Hace más de un año

Si usted no tiene un doctor primario ¿necesita ayuda localizando uno? Sí No

¿Tiene seguro médico? Sí No

Hospitalizaciones

Hospital primario del consumidor (si aplica): _____

Salud del Comportamiento

Escala de Depresión

¿Básicamente está usted satisfecho con su vida? Sí No

¿Frecuentemente se aburre? Sí No

¿Frecuentemente se siente indefenso? Sí No

¿Prefiere usted quedarse en casa que tratar cosas nuevas afuera? Sí No

Aislamiento Social

¿Qué tan seguido siente que le falta compañía?

Casi nunca Algunas veces Seguido

¿Qué tan seguido se siente abandonado o no considerado?

Casi nunca Algunas veces Seguido

¿Qué tan seguido se siente aislado de los demás?

Casi nunca Algunas veces Seguido

Información Dental

¿Tiene un dentista actualmente? Sí No

¿Cuándo fue la última vez que vio a su dentista?

En los últimos 6 meses Durante el último año Hace más de un año

¿Tiene seguro dental? Sí No

Actividades de la Vida Diaria / Actividades Principales de la Vida Diaria

(Probablemente ya se completó durante el ingreso. Si no es así, complete)

	No necesite ayuda	Necesite ayuda	Siempre necesite ayuda
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañar o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de una cama o silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL

Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL

Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

	No necesite ayuda	Necesite ayuda	Siempre necesite ayuda
Manejar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quehaceres pesados de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quehaceres ligeros de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL

Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

Evaluación de Riesgo de Nutrición (Probablemente ya se completó durante el ingreso. Si no es así, complete)

1. ¿Ha habido algún cambio en sus hábitos alimenticios debido a problemas de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Come menos de 2 comidas al día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Toma 3 o más tragos de cerveza, vino o licor casi todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene algún problema en los dientes o en la boca que le dificulte comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene siempre suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿En un día, toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha tenido un aumento de peso inesperado o una pérdida de más de 10 libras en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Hay momentos en los que físicamente no puede comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. En los últimos 30 días, ¿le ha preocupado que se le acabe la comida antes de tener dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. En los últimos 30 días, ¿los alimentos que compró no duraron y no tenía dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información de Evaluación
(Requerido para Manejo de Caso)

Tipo de evaluación: Evaluación Inicial Reevaluación

Fecha de evaluación: _____

Nombre de la persona realizando esta evaluación: _____
Nombre Apellido

Nombre de la agencia para la que trabaja el asesor: _____

Nombre y relación de la otras personas presentes durante la evaluación (si las hay):

Nombre y apellido: _____ Relación: _____

Nombre y apellido: _____ Relación: _____

¿Divulgación de información? Sí No

Fecha de la siguiente evaluación del consumidor-(mm/dd/aaaa): ____/____/____

Fuente de referencia para la evaluación

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proveedor comunitario | <input type="checkbox"/> Guardian o tutor | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> DHS | <input type="checkbox"/> Profesional de la salud | <input type="checkbox"/> Localidad de cuidados a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados en casa | <input type="checkbox"/> Autoridad legal |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Agencia de salud en casa | <input type="checkbox"/> Desconocido |

¿El consumidor tiene alguno de los siguientes seguros médicos?

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Medicare— Parte A | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Medicare— Parte B | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Medicaid | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Empleador | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Privado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |

¿El consumidor tiene un representante legal como un guardián o tutor? Sí No

Información EAPA

Información de Referencia de EAPA

Fecha de referencia EAPA (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Fuente de referencia EAPA (seleccione una):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manejador de caso | <input type="checkbox"/> Autoridad legal |
| <input type="checkbox"/> DHS | <input type="checkbox"/> Proveedor médico |
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Consejero de opciones |
| <input type="checkbox"/> Especialista de cuidados de familia | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios |
| <input type="checkbox"/> Institución Financiera | <input type="checkbox"/> Auto referido |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otro |

Tipo de acusación de EAPA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Explotación financiera | <input type="checkbox"/> Auto descuido |
| <input type="checkbox"/> Descuido | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico | <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional | |

Presunto Autor

Nombre	Apellido
Dirección	Ciudad, C.P.
Número Telefónico	

Presunto Autor (Cont.)

Relación con el consumidor:

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/Compañero | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Nieto | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | |

Información Pertinente (ejemplo: preocupaciones, acusaciones, horas de trabajo, estatus de empleo, drogas en casa, etc.)

--

Prioridad EAPA: Prioridad 1 Prioridad 2 Prioridad 3 Consulta solamente

Información Colateral (gente informada de la situación)

Nombre	Apellido
Dirección	Ciudad, Estado C.P.
Número Telefónico	Relación con consumidor
Nombre	Apellido
Dirección	Ciudad, Estado C.P.
Número Telefónico	Relación con consumidor
Nombre	Apellido
Dirección	Ciudad, Estado C.P.
Número Telefónico	Relación con consumidor

Evaluación EAPA

Fecha de la evaluación EAPA (mm/dd/aaaa): _____	
Tipo de evaluación EAPA: <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial <input type="checkbox"/> Reevaluación	
Nombre de la persona realizando la evaluación:	
Nombre:	Apellido:
Agencia/Organización:	Teléfono:
Divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de evaluación EAPA	
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	
<input type="checkbox"/> Individual/Representante legal <input type="checkbox"/> Colectiva/Representante legal	

Preocupaciones Generales			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arreglarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognición/Salud mental			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Orientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posible pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de decisiones impedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posible enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Sustancias			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Abuso de drogas/Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibiendo asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de casa/Ambiental			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baño sucio/No utilizable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infestación de insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pila de trastes sucios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pisos sucios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acaparamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocina sucia/No utilizable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones estructurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento del Consumidor			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Localización geográfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento del cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocuidado			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Requiere cuidado 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requiere supervisión 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de determinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupaciones acerca del cuidador			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Incapaz de proveer cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No dispuesto a proveer cuida-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frágil/Problemas significativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niega problemas obvios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sospecha de abuso/descuido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra signos de agotamien-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupaciones Financieras			
	No hay preocupaciones	Algunas preocupaciones	Fuertes preocupaciones
Necesita asistencia para pagar gastos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de manejar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información del Poder Legal (POA) *(Los datos de esta sección no son recolectados por la IDA. Se debe proveer documentación.)*

El consumidor tiene un poder legal: Sí No Desconocido

Tipo de poder legal: General Médico General y médico
 Limitado

Nombre del apoderado legal (el agente): _____

Teléfono: _____ **Fecha efectiva del POA (mm/dd/aaaa)** _____

Información de Alta

Fecha de alta EAPA (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Razón de alta EAPA:

<input type="checkbox"/> Se mudó a un asilo de ancianos	<input type="checkbox"/> Riesgo de lesionar a contratista/proveedor de servicios
<input type="checkbox"/> Se mudó fuera del estado/fuera del área de servicio	<input type="checkbox"/> No se necesitan más los servicios/Problemas de abuso resueltos
<input type="checkbox"/> Se niega a proveer información necesaria para el plan	<input type="checkbox"/> No dispuesto/incapaz de cumplir el plan de intervención
<input type="checkbox"/> Solicitó terminación de servicios	<input type="checkbox"/> Otro