

**AGING AND ADULT SERVICE DEL CONDADO DE SAN MATEO**  
**Title III Registered Services**  
**OLDER AMERICAN ACT PROGRAMS**

<b>Provider Name:</b>	<b>Unique Participant ID:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Adult Day Care / Health (A,I)</b> <input type="checkbox"/> <b>Congregate Meals (N)</b> <input type="checkbox"/> <b>Home Delivered Meals (A,I,N)</b> <input type="checkbox"/> <b>Supplemental Home Delivered Meals (A,I,N)</b>	<b>Registration / Assessment Date:</b>  <b>Termination Date:</b> <b>Reason:</b>
<b>Note: A-ADLs, I-IADLs, N-Nutritional Assessments see Page 2 - Reassessment is required annually</b>	

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE

<b>Primer Nombre:</b>		<b>Segundo nombre (inicial)</b>	
<b>Apellido:</b>			
<b>Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año</b>			
<b>Número de teléfono:</b>	(      )		
<b>¿Cuál es su sexo? (Marque uno que describa mejor su identidad de género actual)</b>	a. Masculino b. Femenino c. Transgénero masculino d. Transgénero femenino e. Género variante/género no binario f. No especificado. Especifique aquí: _____		
<b>¿Cuál fue su sexo al nacer? (Marque uno)</b>	a. Masculino b. Femenino c. No deseo especificar		
<b>¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque una)</b>	a. Heterosexual b. Bisexual c. Gay/lesbiana/amor del mismo género d. En duda/sin determinar e. No especificada. Especifique aquí: _____		
<b>Dirección:</b>			
<b>Ciudad:</b>			
<b>Código postal:</b>			
<b>Contacto de Emergencia</b>	Nombre: Relación: Teléfono:		
<b>Doctor:</b>	Nombre: Teléfono:		

<b>Nivel federal de pobreza</b> \$ 1,041 o menos por mes - 1 persona \$ 1,410 o menos por mes - 2 personas	<b>(Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Mas que el nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Al nivel de pobreza <input type="checkbox"/> Rehúsa a contestar
<b>Vive solo (Marque uno)</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No deseo especificar
<b>Rural (Marque uno):</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No deseo especificar
<b>Areas Rurales en el Condado de San Mateo</b>	
<b>94018</b> El Granada & Princeton-by-the-Sea <b>94019</b> Half Moon Bay <b>94020</b> La Honda <b>94021</b> Loma Mar	<b>94037</b> Montara <b>94038</b> Moss Beach <b>94060</b> Pescadero <b>94074</b> San Gregorio
<b>Grupo étnico (Marque uno)</b>	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No deseo especificar
<b>Raza (Marque uno)</b>	
<input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De color o afroamericano <input type="checkbox"/> Raza Múltiple <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Blanco	
<b>Asiático:</b>	
<input type="checkbox"/> Indioasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Vietnamita	
<b>Hawaiano /de otra isla del Pacífico:</b>	
<input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> No deseo especificar	
<b>Notas:</b>	

**COUNTY OF SAN MATEO AGING AND ADULT SERVICES**  
**Title III Registered Services**  
**OLDER AMERICAN ACT PROGRAMS**

**Formulario de evaluación de ADLs/IADLs – se requiere para los siguientes programas**  
 Adult Day Care/Health, Home Delivered Meals & Supplemental Home-Delivered

- 1 - Independiente
- 2 - Asistencia verbal
- 3 - Alguna ayuda humana
- 4 - Mucha ayuda humana
- 5 - Dependiente
- 6 - Rehusa a declarar

<b>Opciones ADL:</b>	
Bañarse	
Vestirse	
Comer	
Ir al baño	
Transferencia a y fuera de la cama / silla	
Caminar	
Notas:	

<b>IADLs:</b>	
Tareas domésticas pesadas	
Tareas domésticas livianas	
Preparación de comida	
Manejo de medicamentos	
Manejo de dinero	
Ir de compras	
Transportación	
Usado el teléfono	
Notas:	

**Evaluación de riesgo nutricional**

Se requiere para los programas de Congregate Meals & Home Delivered Meals / Supplemental Meals

<b>Evaluación de riesgo nutricional</b>	<b>Circule si es cierto</b>
• Tengo una enfermedad o condición de salud que cambia el tipo y/o cantidad de comida que ingiero.	2
• Como menos de 2 comidas al día.	3
• Como pocas frutas, verduras, o productos lácteos.	2
• Bebo tres o más cervezas, licor o vino casi todos días	2
• Tengo problemas dentales o bucales que hacen que sea difícil comer.	2
• No siempre tengo dinero suficiente para comprar la comida que necesito.	4
• Como en soledad la mayor parte del tiempo.	1
• Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre por día.	1
• Involuntariamente, he perdido o ganado 10 libras en los últimos seis meses.	2
• No siempre estoy en condiciones físicas de hacer compras, cocinar y/o alimentarme.	2
<b>Rehusa a contestar / declarar</b>	0
<b>Puntuación total: (Si es 6 o más, el cliente está en alto riesgo nutricional.)</b>	
<b>Notas:</b>	