Registro Uniforme para Programas del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas

Fecha de registro: PSA:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ N.o de Seguro Social: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro

Mes Día Año

Domicilio de residencia: _____

Calle Ciudad Condado Estado Código postal Teléfono

Nombre de contacto de emergencia: _____

Dirección de contacto de emergencia: _____

Calle Ciudad Condado Estado Código postal Teléfono

Origen étnico	Raza	
☐ Hispano o latino	☐ Indigena de las Américas o nativa de Alaska	☐ Nativa de Hawái u otra de las islas Pacífico
☐ Ni hispano ni latino	☐ Asiático	☐ Blanca
☐ No declara etnia	☐ Negra o afroamericana	

¿Vive solo/a? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Condiciones médicas/medicamentos: _____

¿Su ingreso mensual se encuentra por debajo de:? ☐ Sí ☐ No

$1,255 – Familia de 1 o $1,703 – Familia de 2

$2,151 – Familia de 3 o $2,600– Familia de 4

Veterano o cónyuge de veterano ☐ Sí ☐ No

DIETAS MODIFICADAS

¿Está siguiendo alguna dieta modificada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, marque ☐ Para diabetes ☐ Para diverticulitis ☐ Étnica/Religiosa ☐ Baja en sodio (sal) ☐ Mecánica ☐ En puré ☐ Renal ☐ Vegetariana ☐ Otra _____

CUADRO DE RIESGO NUTRICIONAL (Esta sección es exclusiva para comidas grupales en instituciones y asesoramiento nutricional)
Por favor responda las preguntas a continuación.

CALIFICACIÓN– Si la respuesta es sí, marque con un círculo	Sí	CALIFICACIÓN– Si la respuesta es sí, marque con un círculo	Sí
¿Ingiere menos de 2 comidas por día?	3	¿Ha hecho cambios en el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a una enfermedad o condición?	2
¿Ingiere menos de 2 porciones de frutas y vegetales por día?	1		
¿Ingiere menos de 2 porciones de lácteos (leche, queso, yogur, etc.) por día?	1	¿Tiene dificultades físicas para ir a comprar alimentos, cocinar o alimentarse? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)	2
¿Bebe habitualmente menos de 6 vasos con agua, leche o jugo por día? Cantidad de vasos:	0	¿Come solo la mayor parte del tiempo?	1
		¿Siente que habitualmente no tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita?	4
¿Bebe 3 o más bebidas alcohólicas por día?	2		
¿Toma 3 o más medicamentos recetados o medicamentos de venta libre por día?	1	¿Ha ganado o perdido más de 10 libras de peso en los últimos 6 meses? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)	2
¿Tiene problemas con las prótesis dentales, los dientes o la boca, que le dificultan comer? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)	2	Sume todas las respuestas de SÍ para la **Calificación total de riesgo nutricional**:	

NIVEL DE RIESGO: _____ **0-2:** Bajo _____ **3-5:** Moderado _____ **6 o más:** Riesgo nutricional alto; comparta los resultados con su proveedor de atención médica.

Autorización para divulgación de información: Presto mi consentimiento para que se divulgue la información en esta página para poder recibir los servicios. Comprendo que la información en esta página será divulgada al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas, las Agencias para la Tercera Edad del área, y los proveedores de servicios que se detallan a continuación para poder obtener los servicios y hacer un seguimiento del programa.

Firma del cliente/representante legal _____ Fecha _____

Revisor Firma _____ Fecha _____

~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ COMPLETED BY REVIEWER ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~

KAMIS ID #:

UNMET NEEDS

Service Code	*Availability Code*	*Monthly Units*

PARTICIPANT STATUS FOR MEALS

☐ 60+ Person
☐ Less than 60 Spouse of 60+ Person
☐ Less than 60 disabled Person residing with 60+ Person
☐ 60+ non-spouse Caretaker (IIIB Home-delivered meals only)
☐ Volunteer
☐ Less than 60 disabled Person residing in housing facility with CMEL site and occupied mostly by 60+ Persons

PSA	Service Code	Funding Source	Disaster	Provider	Unit(s)	Per	Total Units Monthly	Cost of Unit	Start Date	End Date	Discharge Code