

FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTES • DAAS 101 versión corta | (CLIENT REGISTRATION FORM SPANISH • DAAS 101 • short form)
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte - División de Envejecimiento y Servicios para Adultos

El formulario de registro de clientes, DAAS-101, versión corta solo puede ser utilizado para inscribir a clientes de nutrición congregada y transporte. Complete toda la información correspondiente a nutrición congregada y/o transporte.

➤ COMPLETE LAS SECCIONES I, II y VII SOLO para los códigos **(180)**-Nutrición congregada, **(181)**-Nutrición congregada-NSIP y **(182)**-Comidas suplementales de nutrición congregada.

➤ COMPLETE LAS SECCIONES I y VII SOLO para los códigos **(250)**-Transporte, **(033)**-Transporte (médico) y (252) Transporte-Programa piloto de pase de autobús.

Códigos de servicio:	Código de región:	Código del proveedor:
----------------------	-------------------	-----------------------

ESTATUS DEL CLIENTE: Marque la casilla o casillas apropiadas y ponga la fecha.

☐ Nuevo registro	FECHA:
☐ Activación	FECHA:
☐ Esperando servicio [Complete SOLO la sección I]	FECHA: (ponga 3 códigos de servicio):
☐ Cambio de información	FECHA: (complete la sección I cuando se necesite un cambio para cualquier información del cliente)
☐ Inactivo – FECHA: _____ (marque la casilla a continuación) (marque inactivo solo si deja ARMS permanentemente)	

Si el cliente es un cuidador que recibe servicios de FCSP/proyecto CARE y el motivo de inactividad del cliente se relaciona más con el estado del beneficiario de cuidados, marque la casilla Beneficiario de cuidados

El motivo por el que el cliente está inactivo se aplica a:

☐ Se trasladó a una vivienda con asistencia para adultos mayores	☐ Cliente/cuidador	☐ Beneficiario de cuidados
☐ Arreglo de vivienda alternativo	☐ Se mudó fuera del área de servicio	
☐ Muerte	☐ Función mejorada/necesidad eliminada	
☐ Hospitalización (no se espera que regrese)	☐ Servicio no necesario/no deseado	
☐ Colocación en hogar de ancianos	☐ Enfermedad (no se espera que regrese)	
	☐ Otro (especificar): _____	

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre legal: Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
------------------------	--------	----------------------------

Sufijo	Últimos 4 dígitos del SSN:	Teléfono: ☐ Sin teléfono
--------	----------------------------	--

Dirección: Condado:	Correo electrónico:	FECHA DE NACIMIENTO: ☐ Marque si cumple con requisitos especiales
------------------------	---------------------	---

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Género: (Marque una opción) ☐ Femenino ☐ Masculino	¿En/por debajo del nivel de pobreza? (Marque una opción) ☐ Sí ☐ No	Estado Civil (marque uno) ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ En unión libre ☐ Se niega a contestar ☐ Desconocido	Estatus del hogar (marque uno) ☐ Vive solo ☐ Vive con otros ☐ Desconocido ☐ Se niega a contestar ☐ Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) [La asistencia legal es el único servicio por cobrar ya que "Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)"]
--	--	---	--

Raza (Marque todas las que correspondan) ☐ Negro o afroamericano ☐ Caucásico (blanco) ☐ Asiático o asiático-americano ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó	Origen étnico (¿Es de origen hispano o latino?) ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino ☐ Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó Idioma principal hablado: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros _____ [ver idiomas en el manual del formulario de registro del cliente (CRF, por sus siglas en inglés)]
---	---

Nombre del contacto de emergencia: _____ ☐ Se negó a proporcionar
 Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono al que podemos contactarle durante el día: _____

Estado funcional general del cliente: ☐ Bueno ☐ En riesgo ☐ Riesgo alto

Utilice esta sección para incluir el estado funcional REPORTADO POR EL MISMO CLIENTE. Si el cliente recibe otros servicios además de nutrición congregada y transporte, use la versión larga del formulario DAAS 101 para registrar al cliente y complete la sección IV para reportar el estado funcional general. ARMS calculará automáticamente el estado funcional general del cliente cuando se llene la SECCIÓN IV.

SECCIÓN II: Requerido SOLO para clientes de nutrición congregada de HCCBG, entrega de comidas a domicilio, comidas suplementales de nutrición congregada, suplemento de entrega de comidas a domicilio, NSIP (solo comidas) y servicios de gestión de la atención.

Puntuación de salud nutricional

Fecha de evaluación:	Respuesta	Se niega a contestar
a. ¿Tiene una enfermedad o afección que le hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que come?	☐ Sí ☐ No	☐
b. ¿Cuántas comidas come al día?		☐
c. ¿Cuántas porciones de fruta come al día?		☐
d. ¿Cuántas porciones de verdura come al día?		☐
e. ¿Cuántas porciones de leche/productos lácteos consume por día?		☐
f. ¿Cuántas bebidas de cerveza, licor o vino toma todos los días o casi todos los días?		☐
g. ¿Tiene problemas dentales/bucales que le dificultan comer?	☐ Sí ☐ No	☐
h. ¿Tiene siempre suficiente dinero o cupones de alimentos para comprar los alimentos que necesita?	☐ Sí ☐ No	☐
i. ¿Cuántas comidas come solo al día?		☐
j. ¿Cuántos medicamentos recetados toma al día?		☐
k. ¿Cuántos medicamentos de venta libre toma al día?		☐
l. ¿Ha perdido 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo?	☐ Sí ☐ No	☐
m. ¿Ha aumentado 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo?	☐ Sí ☐ No	☐
n. ¿Es usted físicamente capaz de comprar por sí mismo?	☐ Sí ☐ No	☐
o. ¿Es físicamente capaz de cocinar para usted mismo?	☐ Sí ☐ No	☐
p. ¿Es físicamente capaz de alimentarse?	☐ Sí ☐ No	☐

SECCIÓN VII: Obligatorio para TODOS LOS clientes

Yo, el cliente, entiendo que la información contenida en este formulario se mantendrá confidencial a menos que la divulgación sea requerida por orden judicial o para informes y monitoreo de programas federales, estatales o locales autorizados. Entiendo que cualquier derecho que pueda tener a los beneficios del Seguro Social u otros beneficios patrocinados por el gobierno federal o estatal no se verá afectado por la provisión de la información antes mencionada. Mi firma autoriza a la agencia proveedora a comenzar el(los) servicio(s) solicitado(s).

FECHA: _____ **FIRMA DEL CLIENTE/CUIDADOR:** _____

FECHA: _____ **FIRMA DEL EMPLEADO DE LA AGENCIA:** _____

Solo para uso del proveedor: Ponga sus iniciales a continuación, después de haber reevaluado:

Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____
Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____
Actualización del registro: _____ Iniciales del personal: _____

NOTAS / COMENTARIOS: