

Formulario de admisión del cuidador

Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) de _____

La información en este formulario es necesaria para proporcionar servicios. Toda la información es confidencial, se protegerá contra el uso no oficial y solo se compartirá para iniciar o modificar los servicios.

*Se explicaron la *Divulgación de información* y los *Derechos y responsabilidades del cliente*.

Nota: Toda la información marcada con un asterisco (*) es obligatoria.

Parte I: Datos del cuidador

*Fecha:	Núm. de ID de SPURS:		Idioma principal:		
*Apellido:	*Primer nombre:	*Inicial del segundo nombre	*Fecha de nacimiento:	*Género:	
*Dirección y núm. de apartamento:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	*Condado:	
*Teléfono con código de área:	Correo electrónico:				
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si la dirección postal es diferente al domicilio y escriba la dirección postal a continuación:					
*Dirección y núm. de apartamento o P.O. Box:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	*Condado:	
* Grupo étnico (<i>Marque uno</i>): <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> Ni hispano ni latino <input type="radio"/> Desconocido	* Grupo racial (<i>Marque todos los que correspondan</i>): <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No minoritario (blanco, no hispano) <input type="checkbox"/> Blanco - hispano		* Estado civil (<i>Marque uno</i>): <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Nunca se ha casado <input type="radio"/> No se indicó		
*¿La persona vive sola? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	Núm. total de personas que viven en el hogar:		Ingresos mensuales del hogar:		
Consulte la guía federal de pobreza actualizada del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar, según el tamaño del hogar, si la persona se encuentra al nivel federal de pobreza o por debajo de este.			*¿Al nivel o por debajo del nivel de pobreza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe		

Parte II: Servicios que se solicitan

Lista de servicios que se solicitan:

Parte III: Datos del contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto:	Relación:	Teléfono con código de área:
Médico de cabecera:		Teléfono con código de área:

Parte IV: Relación con el beneficiario

*Elija cuál de las siguientes opciones describe mejor la relación del cuidador con el beneficiario:

A. Relación con el beneficiario que es mayor de 60 años, o de cualquier edad si ha sido diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer o con un trastorno cerebral.

El cuidador es mayor de 18 años.

B. Relación con el beneficiario que es menor de 19 años.

El cuidador es mayor de 55 años, vive con el beneficiario y cumple con el requisito de parentesco.

¿Vive el cuidador con el beneficiario? Sí No

C. Relación con el beneficiario con discapacidad que es mayor de 18 años, pero no es mayor de 59 años.

El cuidador es mayor de 55 años, vive con el beneficiario y cumple con el requisito de parentesco.

¿Vive el cuidador con el beneficiario? Sí No

Parte V: Datos del beneficiario

¿Necesita el beneficiario servicios de interpretación? Sí No Si contesta "sí", ¿quién ayuda con la interpretación?

*Si el beneficiario es mayor de 60 años, complete la siguiente información:

*Fecha:	Núm. de ID de SPURS:	Idioma principal:		
*Apellido:	*Primer nombre:	*Inicial del segundo nombre:	*Fecha de nacimiento:	*Género:
*Dirección y núm. de apartamento:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	*Condado:
*Teléfono con código de área:	Correo electrónico:			
<p>*Grupo étnico (Marque uno):</p> <p><input type="radio"/> Hispano o latino</p> <p><input type="radio"/> Ni hispano ni latino</p> <p><input type="radio"/> Desconocido</p>	<p>*Grupo racial (Marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> No minoritario (blanco, no hispano)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco - hispano</p>	<p>Estado civil (Marque uno):</p> <p><input type="radio"/> Casado</p> <p><input type="radio"/> Viudo</p> <p><input type="radio"/> Divorciado</p> <p><input type="radio"/> Separado</p> <p><input type="radio"/> Nunca se ha casado</p> <p><input type="radio"/> No se indicó</p>		

*Si el beneficiario es menor de 19 años, o tiene una discapacidad y es mayor de 18 años pero no es mayor de 59 años de edad, complete la siguiente información:

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el cuidador

*Nombre del empleado de la AAA o del proveedor que llenó este formulario de admisión del cuidador

*Fecha