

Evaluación de necesidades del cliente (CNE)

Parte I: Datos de la evaluación

Nombre del cliente:	
Núm. de ID del SPURS:	
Fecha de la evaluación:	

Parte II: Evaluación de los impedimentos para la vida diaria

Puntuación de Texas para impedimentos 0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Grave 3 = Impedimento total	ADL: Actividad de la vida diaria IADL: Actividad instrumental de la vida diaria	Conteo del Informe del programa estatal (SPR) = Núm. de preguntas puntuadas ≥ 1 Preguntas 1-3 y 5-7 sobre las ADL Preguntas 9-13 y 17-19 sobre las IADL	Arreglo de servicios C = Cuidador P = Servicio. Lo comprará la AAA. A = Otra agencia. Un proveedor que no es de la AAA presta el servicio. N = No aplica a este cliente S = El cliente mismo
---	--	---	---

Pregunta	Puntuación de Texas	ADL/ IADL	Conteo del SPR	Arreglo de servicios (escoja solo uno).
1. ¿Tiene problemas para bañarse o ducharse?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
2. ¿Puede vestirse sin ayuda?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
3. ¿Puede alimentarse sin ayuda?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
4. ¿Puede hacerse el aseo personal sin ayuda (rasurarse, lavarse los dientes, lavarse el cabello y peinarse)?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
5. ¿Tiene problemas de incontinencia (para llegar al baño a tiempo)?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
6. ¿Tiene problemas para sentarse o pararse del inodoro o para limpiarse después de usar el baño?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
7. ¿Puede acostarse o sentarse y levantarse de la cama o la silla?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
8. ¿Puede caminar sin ayuda?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
9. ¿Puede limpiar su casa (barrer, sacudir, lavar los trastes, usar la aspiradora)?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
10. ¿Puede lavar su propia ropa?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
11. ¿Puede preparar sus comidas?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
12. ¿Puede hacer sus propias compras?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
13. ¿Puede administrarse sus propios medicamentos?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
14. ¿Puede cortarse las uñas?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
15. ¿Tiene algún problema para mantener el equilibrio?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
16. ¿Puede abrir frascos, latas y botellas?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

Pregunta	Puntuación de Texas*	ADL/IADL	Conteo del SPR	Arreglo de servicios (escoja solo uno).
17. ¿Puede usar el teléfono?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
18. ¿Es capaz de transportarse sin ayuda?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
19. ¿Tiene problemas para manejar su dinero?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

Parte III - Examen y evaluación de la salud mental

Pregunta	Puntuaciones	Puntuación de Texas
20. En el último mes, ¿le ha preocupado el hecho de sentir una falta de interés o de placer al hacer las cosas, o se ha sentido a menudo triste, deprimido o sin esperanza?	0 = No. Pase a la Parte IV. 1 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "No" a las preguntas 21-24. 2 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "Sí" a solo una de las preguntas 21-24. 3 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "Sí" a dos o más de las preguntas 21-24.	

Si contesta "Sí" a la pregunta 20, continúe. Si contesta "No", pase a la Parte IV.

En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido de alguna de las siguientes maneras casi todos los días, la mayor parte del día? (Basado en la propia percepción del cliente).	Respuesta
21. ¿Ha tenido problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Ha dejado de disfrutar cosas que antes le parecían divertidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Siente que no vale mucho como persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Ha habido un cambio considerable en su apetito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Part IV - Cognición

Autoevaluación	Puntuaciones	Puntuación de Texas
25. En las últimas dos semanas, ¿cuántos días ha notado que le cuesta trabajo concentrarse o tomar decisiones? (Basado en la propia percepción del cliente).	0 = Nunca. 1 = De vez en cuando. Un par de veces. 2 = A menudo. Más de un par de veces, pero no todos los días. 3 = Todos los días.	
Observación de un tercero	Puntuaciones	Puntuación de Texas
26. ¿Puede el cliente tomar decisiones de forma independiente? (Basado en las observaciones que alguien hace sobre el cliente).	0 = Toma decisiones coherentes y razonables de forma independiente. 1 = Toma decisiones sencillas sin ayuda. 2 = Toma malas decisiones y necesita orientación o supervisión para la mayoría de las decisiones. 3 = Impedimento grave, casi nunca toma sus propias decisiones	

Observación de un tercero	Puntuaciones	Puntuación de Texas
27. ¿El cliente parece tener problemas con la memoria a corto plazo? (Basado en las observaciones que alguien hace sobre el cliente).	0 = No 1 = Tiene algunos problemas con la memoria a corto plazo y puede realizar la tarea por sí mismo con recordatorios ocasionales. 2 = Tiene lagunas mentales y a menudo no realiza la tarea, incluso con recordatorios. 3 = Tiene lagunas mentales que impiden que realice tareas de rutina en forma diaria.	

Part V - Puntuaciones de la evaluación

Evaluación	Puntuación de Texas	Conteo del SPR
Puntuación total de la CNE sobre el nivel de impedimento (de 0 a 60): <input type="checkbox"/> Bajo (puntuación de 0-19) <input type="checkbox"/> Moderado (puntuación de 20-39)* <input type="checkbox"/> Grave (puntuación de 40 o más)		
Conteo de ADL para el SPR (puntuación de 0-6)		
Conteo de IADL para el SPR (puntuación de 0-8)		

*Se requiere una puntuación de 20 (un impedimento moderado) o más para recibir comidas a domicilio.

Firma del evaluador de la AAA o del proveedor

Fecha