

Asegúrese de llenar TODAS las secciones y páginas

Programa de Cuidado Diurno para Adultos de Gurwin SOLICITUD DE ADMISIÓN *(Application for Admission)*

Nombre legal: _____ Nombre de preferencia: _____
(Legal Name) (Preferred Name)

Dirección *(Address)*: _____

Teléfono () _____ - _____ Celular: () _____ - _____ Buscapersonas () _____ - _____
(Telephone) (Cell) (Beeper)

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Masculino [] Femenino []
(Age) (Date of Birth) (Male) (Female)

Nº de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Lugar de nacimiento: _____
(Social Security #) (Place of Birth)

Documentación de ciudadanía *(Citizenship Documentation)*:

Certificado de nacimiento [] Carta de ciudadanía [] Pasaporte [] Otro []
(Birth Certificate) (Naturalization Papers) (Passport) (Other)

Fecha de llegada a EE.UU.: _____ / _____ / _____ Con quién: _____
(Date Came to USA) (With Whom)

Primaria [] Secundaria [] Universidad []
(Elementary) (High School) (College)

Ocupación anterior *(Former Occupation)*: _____

Lengua materna *(Primary Language)*: _____

Si no es inglés: _____ Habla inglés [] Comprende inglés []
(If other than English) (Speaks English) (Understands English)

Otras lenguas que habla: _____
(Other languages spoken)

Estado civil *(Marital Status)*:

Casado(a) [] Viudo(a) [] Divorciado(a) [] Separado(a) [] Nunca se ha casado []
(Married) (Widowed) (Divorced) (Separated) (Never Married)

Nombre del cónyuge (si corresponde): _____
(Spouse Name - if applicable)

Arreglos de vivienda: [] Vive solo
(Living Arrangements) (Lives Alone)

[] Vive con alguien. Nombre/**Relación** _____
(Lives with someone, Name/Relationship)

¿Cuánto tiempo ha vivido en la dirección actual? _____
(How long at present address?)

Residencia anterior: _____
(Prior Residence)

Familia (indique la cantidad) [Family (indicate number of each)]:

Hermanos: _____ Hijos: _____ Nietos: _____
(Brothers) (Children) (Grandchildren)

Nombre a aquellos con los que tiene contacto seguido:

1. Nombre/**Relación:** _____
(Name/**Relationship**)
Dirección (Address): _____
Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
(Telephone) (Work) (Cell)
2. Nombre/**Relación:** _____
(Name/**Relationship**)
Dirección (Address): _____
Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
(Telephone) (Work) (Cell)
3. Nombre/**Relación:** _____
(Name/**Relationship**)
Dirección (Address): _____
Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
(Telephone) (Work) (Cell)

A quién debemos llamar en caso de emergencia durante el día:
(Whom would we call in a Daytime Emergency)

1. Nombre/**Relación:** _____
(Name/**Relationship**)
Dirección (Address): _____
Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
(Telephone) (Work) (Cell)
2. Nombre/**Relación:** _____
(Name/**Relationship**)
Dirección (Address): _____
Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
(Telephone) (Work) (Cell)

Información y servicios financieros (Financial Data & Services):

1. ¿Tiene usted lo siguiente? (Do you have?)

Nº de Medicare: _____ Parte B: [] sí [] no
(Medicare #) (yes) (no)

Nº de Medicaid: _____ Fecha de renovación de la certificación: ____/____/____
(Medicaid #) (Recertification Date)

Otros seguros de salud [] sí [] no Si la respuesta es sí, especifique
(Other health insurance) (yes) (no) (If yes, specify)

2. ¿Hace pagos de excedentes a Medicaid? [] sí [] no
(Do you pay Medicaid Overage) (yes) (no)

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto? _____ ¿A quién?
(If yes,) (How much?) (To Whom?)

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Quién es responsable?
(How often?) (Who is Responsible?)

3. Ingreso mensual (*Monthly Income*):

Fuente (*Source*): _____
_____ -

Cantidad (*Amount*): _____

4. ¿Tiene atención domiciliaria? Auxiliar de atención domiciliaria Auxiliar de cuidado
(*Home Health Aide*) (*Personal Care Aide*)

Nombre de la agencia (*Agency Name*):

Persona de contacto: _____ Teléfono () _____ -
(*Contact Person*) (*Telephone*)

Días y horario del servicio (*Days & Time of Service*):

Domingo _____ Lunes _____
(*Sunday*) (*Monday*)
 Martes _____ Miércoles _____
(*Tuesday*) (*Weds.*)
 Jueves _____ Viernes _____
(*Thurs.*) (*Friday*)
 Sábado (*Sat.*)

Departamento de Servicios Sociales: Enfermera (Department of Social Services: RN):

Nombre (*Name*): _____ Teléfono(*Phone*) () _____ -

5. ¿Participa usted en LTHHCP (Programa de Atención de Salud Domiciliaria a Largo Plazo)?

(*Are you a participant of LTHHCP*) sí no

6. ¿Recibe vales canjeables por alimentos? sí no
(*Do you receive Food Stamps?*)

7. ¿Tiene alguna dificultad financiera para comprar alimentos? sí no
(*Do you have financial difficulty purchasing food?*)

8. ¿Tiene un sistema de respuesta personal en situaciones de emergencia? sí no
(*Do you have Personal Emergency Response System (Lifeline)?*)

9. ¿Tiene instrucciones anticipadas? (*Do you have Advanced Directives?*)

Poder de representante de atención de salud Donante de órganos (*Organ Donor*)
(*Health Care Proxy*)

Testamento vital (*Living Will*) Ninguno de los anteriores (*None listed*)

Orden de no intentar reanimación (*DNR*)

10. ¿Recibe ayuda de algún organismo de salud, de salud mental o social en este momento?

(*Are you receiving assistance from any Mental Health, Social or Health Agency at this time?*)

sí no

Nombre del organismo (*Name of Agency*):

Teléfono (*Telephone*): () _____ -

Nombre del administrador de casos (*Name of Case Manager*):

Teléfono (*Telephone*): () _____ -

Nombre del siquiatra (*Name of Psychiatrist*):

Teléfono (*Telephone*): () _____ -

Sección de dieta (Dietary Section)

1. ¿Ha seguido alguna dieta especial últimamente? (*Have you followed any special diet recently?*)

2. ¿La recetó un médico? (*Was it prescribed by a doctor?*) _____
3. Indique cualquier alimento que le provoque ALERGIAS (*List any food ALLERGIES*): _____

4. ¿Hay algún alimento o grupo de alimentos que no coma? (Por ejemplo: carne, pan, leche, verduras, frutas)? [*Are there any foods or food groups that you do not eat? (ie: meat, bread, milk, vegetable, fruit?)*]

5. Indique cualquier vitamina, mineral o suplemento nutricional que tome (*List any vitamins or minerals or nutritional supplements taken*): _____

6. Describa un desayuno típico (*Describe your typical breakfast*):

7. Describa un almuerzo típico (*Describe your typical lunch*): _____

8. Describa una cena típica (*Describe your typical dinner/supper*): _____

9. ¿Consume refrigerios durante el día? (*Do you snack during the day?*) _____ Describa un refrigerio típico (*Describe your typical snack*): _____

10. ¿Usted hace sus compras de comestibles? (*Do you do your grocery shopping?*) _____ Si la respuesta es no, ¿quién las hace por usted? (*If not, who does it for you?*) _____
11. ¿Cocina lo que come? (*Do you do your own cooking?*) _____ Si la respuesta es no, ¿quién lo hace por usted? (*If not, who does it for you?*) _____
12. ¿Tiene estreñimiento o diarrea? (*Any constipation or diarrhea?*) Especifique (*Please specify*): _____

13. ¿Cuánto pesa en promedio? (*Average Weight?*) _____
14. ¿Ha bajado o subido de peso en los últimos 6 meses? (*Weight Loss or Weight Gain in the last 6 months?*)
_____ Especifique (*Please specify*): _____

15. ¿Estatura? (*Height?*) _____

Encierre en un círculo los alimentos que NO LE GUSTAN O QUE NO TOLERA

CARNES: Pollo con pprika, pollo a la franchise, pollo asado, pollo a la barbacoa, fricas de pollo, pavo, pecho, carne de res con sésamo, rosbif, sobrecostilla a la barbacoa, carne en conserva, pan de carne, hamburguesa, hgado picado, chuleta de ternera apanada, ternera asada, cordero, lengua en rebanadas, salchicha.

MEAT: chicken paprika, chicken franchise, roasted chicken, barbeque chicken, chicken fricassee, turkey, brisket, sesame beef, roast beef, barbeque flanken, corned beef, meat loaf, hamburger, chopped liver, breaded veal cutlet, roast veal, lamb, sliced tongue, hot dog

PESCADOS: tortas de pescado, palitos de pescado, bacalao a la parrilla, salmón con salsa de pepinillo, pescado al horno con almendras, platija, atún, salmón ahumado, pescado relleno (gefilte)

FISH: fish cakes, fish sticks, broiled scrod, salmon with dill sauce, baked fish with almond, flounder, tuna, lox, gefilte fish

COMBINACIÓN: Macarrones con queso, guiso de pollo, col rellena, carne de res con brócoli, rotini con albóndigas, manicotti, carapachos rellenos, lasaña, patatas con huevo

COMBINATION: macaroni and cheese, chicken stew, stuffed cabbage, beef and broccoli, rotini and meatballs, manicotti, stuffed shells, lasagna, potato and eggs

PRODUCTOS LÁCTEOS: crepes de queso, queso cottage, queso fresco, americano, suizo, Muenster, quiche de queso, ensalada de huevo, huevos, omelettes, omelettes de verduras, leche, leche descremada

DAIRY: cheese blintz, cottage cheese, farmers cheese, American, Swiss, Muenster, cheese quiche, egg salad, eggs, omelets, vegetable omelet, milk, skim milk

ALIMENTOS CON ALMIDÓN: Patatas con perejil, camote, batatas, arroz, frijoles en salsa de tomate, patatas red bliss, patatas al horno, puré de patatas, puré de patatas duquesa, fideos, kugel de fideos, espagueti

STARCH: parsley potato, sweet potato, yams, rice, baked beans, red bliss potato, baked potato, mashed potato, dutchess mashed potato, noodles, noodle kugel, spaghetti

VERDURAS: Tomates dulces, col morada, brócoli, chícharos y zanahorias, mezcla escandinava, espinacas, zanahorias, chuck wagon corn (maíz con cebolla y pimienta verde), lechuga, tomate, judías verdes, mezcla verduras de verano, calabacita, surtido de verduras, espinacas con crema, verduras mezcladas, remolacha, calabaza y coliflor

VEGETABLES: stewed tomato, red cabbage, broccoli, peas and carrots, Scandinavian blend, spinach, carrots, chuck wagon corn, lettuce, tomato, green beans, summer blend, zucchini, vegetable medley, creamed spinach, mixed vegetable, beets, yellow squash cauliflower

FRUTAS: Manzana, pera, ciruela, naranja, damasco, banana, pur de manzana, fruta en lata, pia, meln cantalupo, meln dulce

FRUIT: apple, pear, plum, orange, apricot, banana, applesauce, canned fruit, pineapple, cantaloupe, honeydew

JUGO: manzana, nctar de durazno, ciruela, naranja, arndano

JUICE: apple, peach nectar, prune, orange, cranberry

POSTRES: Pastel, tarta, helado (vainilla, chocolate), sorbete, helado de fruta, budín (vainilla, chocolate), jalea, eclair (pastel relleno de crema), budín de arroz

DESSERT: *cake, pie, ice-cream (vanilla, chocolate), sherbet, fruit ice, pudding (vanilla, chocolate), Jell-O, eclair, rice pudding*

PAN: Blanco, integral, italiano, de ajo, integral de centeno, challah, de centeno, rollos, pan de maíz, bagel, muffin, pan de pasas

BREAD: *white, wheat, Italian, garlic bread, pumpernickel, challah, rye, rolls, cornbread, bagels, muffin, raisin bread*

BEBIDAS: Café, té, café descafeinado

BEVERAGE: *coffee, tea, decaf coffee*

SOPAS: Caldo, consomé, cremas

SOUP: *broth, consomme, cream soups*

CEREALES: Crema de arroz, avena, harina, crema de maíz, harina de maíz, hojuelas de salvado, Rice Krispies, arroz inflado

CEREAL: *cream of rice, oatmeal, farina, cream of wheat, cornmeal, bran flakes, corn flakes, rice krispies, puffed rice*

CONDIMENTOS: Sal, pimienta, azúcar, sucedáneo del azúcar Sweet-n-Low o Equal, mostaza, ketchup, mermelada, mayonesa, margarina, aderezo para ensalada, crema agria, rábano picante, salsa de arándano

CONDIMENTS: *salt, pepper, sugar, sweet-n-low, equal, mustard, ketchup, jelly, mayonnaise, margarine, salad dressing, sour cream, horseradish, cranberry sauce*

Cuestionario llenado por: _____
(*Questionnaire completed by:*) (en letra de imprenta - please print)

Relación con el solicitante: _____ Fecha (*date*): ____ / ____ / ____
(*Relationship to applicant:*)