

¿Habla español? Sí No

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES): un formulario

¿Necesita un documento en español? Sí No

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Información básica del cliente		Fecha de evaluación: / / (Fecha de hoy: fecha de la evaluación en A&D)	Apodo:
Primer nombre:		Apellido:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro (Opcional) Identidad de género para 'Otro': <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> No divulgado <input type="checkbox"/> Femenino transgénero <input type="checkbox"/> Masculino transgénero <input type="checkbox"/> Otro	
Domicilio de residencia:		<input type="checkbox"/> <i>Seleccione si es igual al domicilio de residencia.</i> Dirección postal:	
Ciudad, estado y código postal de residencia:		Ciudad, estado y código postal:	
Número de teléfono principal: () Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular		Número de teléfono secundario: () Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular	
Dirección de correo electrónico:		¿Desea ser voluntario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su idioma de preferencia? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro Indicar: _____	Raza (seleccione una) <input type="checkbox"/> Blanca, no hispana <input type="checkbox"/> Blanca, hispana <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o asiáticoestadounidense <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra		Etnia (seleccione una) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
¿Estado civil? (marcar una opción) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		¿Vive solo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No
¿Es usted discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es veterano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es cónyuge o dependiente de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sus ingresos mensuales son iguales o inferiores a este monto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grupo familiar de 1: \$1,073 Grupo familiar de 2: \$1,452 Grupo familiar de 3: \$1,830 Grupo familiar de 4: \$2,208			
Nombre de contacto de emergencia:		Relación:	Número de teléfono: () Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular
Uso de información: La información que proporciona en el formulario AGNES se divulgará al Departamento de salud de Wyoming (Wyoming Department of Health, WDH), División de la Tercera Edad, Sección Vida en comunidad. El WDH solo utilizará o divulgará la información que permita la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Para obtener más información sobre cómo el WDH puede utilizar o divulgar la información de su salud, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del WDH que puede encontrar en línea en https://health.wyo.gov/admin/privacy/ , o puede solicitar una copia de la División de la Tercera Edad del WDH llamando al 1 (800) 442-2766. Si siente que lo han tratado de manera inapropiada, que recibió servicios que no eran de la calidad esperada o que no le han proporcionado los servicios que se establecen en el plan de servicio, puede comunicarse con la Defensoría del pueblo en Cuidados a largo plazo de Wyoming al 1 (800) 856-4398 o con la División de la Tercera Edad de WDH, Sección Vida en comunidad al 1 (800) 442-2766.			
Firma _____		Fecha _____	
Uso exclusivo de la oficina: ¿En qué programas se inscribirá el participante? <input type="checkbox"/> Título III-B <input type="checkbox"/> Título III-C1 <input type="checkbox"/> Título III-C2 <input type="checkbox"/> Título III-D <input type="checkbox"/> Título III-E <input type="checkbox"/> WyHS			

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-B, C1, C2, D, E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Evaluación de riesgos de nutrición	SÍ (Marque con un círculo)	NO (Marque con un círculo)
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comida que ingiero.	2	0
Como menos de dos comidas al día.	3	0
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	2	0
Bebo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	2	0
Tengo problemas en los dientes o la boca que me dificultan comer.	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	4	0
Como solo/a la mayor parte del tiempo.	1	0
Tomo 3 o más fármacos diferentes, recetados o de venta libre, por día.	1	0
Sin querer, he perdido o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.	2	0
No siempre tengo la capacidad física para ir de compras, cocinar o alimentarme solo/a.	2	0
¿Cuál es la puntuación de riesgo de nutrición del consumidor? TOTAL (0-2= Sin riesgo) (3-5= Riesgo moderado) (6 o más= Riesgo elevado)		
¿Le interesa recibir asesoría nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Acción de riesgos de nutrición</i>	<i>Puntuación de riesgos de nutrición</i>	
¡Bien! Vuelva a evaluar en 6-12 meses.	0-2: Sin riesgo	
Ofrezca servicios de educación y asesoría nutricional. Vuelva a evaluar en 3-6 meses.	3-5: Riesgo moderado	
Recomiende al cliente analizar su puntuación con un nutricionista o profesional de la salud. Ofrezca servicios de educación y asesoría nutricional.	6 o más: Riesgo elevado	

Uso exclusivo de la oficina: (Use este espacio para documentar cualquier necesidad especial o notas de elegibilidad para todos los programas)

Comentarios/notas:

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2	Califique la CONTINENCIA intestinal/renal del cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-C2, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

ADL/IADL iniciales para evaluación inicial o renovación, debe completarlo un integrante del personal de apoyo de ACC o del programa

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2	Califique la CONTINENCIA intestinal/renal del cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

ADL/IADL 1-3 trimestral, debe completarlo un ACC.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2	Califique la CONTINENCIA intestinal/renal del cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

ADL/IADL 2-3 trimestral, debe completarlo un ACC.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 01/10/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2	Califique la CONTINENCIA intestinal/renal del cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

ADL/IADL 3-3 trimestral, debe completarlo un ACC.