

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

Este formulario **no** puede modificarse. Revisado el 02/3/2023.

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 02/3/2023.

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 02/3/2023.

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 02/3/2023.

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 02/3/2023.

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.