

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

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 1/16/2025

Evaluación de la nutrición	SÍ (Marque con un círculo)	NO (Marque con un círculo)
Tengo una enfermedad o afección 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
Tomo 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)		
“Solo para el personal: Si es Riesgo Elevado: El/la nutricionista puede contactar al/a la participante respecto a su puntuación de riesgo para proporcionarle información que pueda beneficiarlo/a. ¿ Se hizo la derivación al RD?”	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acción de riesgos de nutrición	Puntuación de riesgos de nutrición	
¡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/a la cliente analizar su puntuación con un nutricionista o profesional de la salud. Ofrezca servicios de educación y asesoría nutricional.	6 o más: Riesgo elevado	

Solo para el personal: Si el/la Participante es Elegible para C2 Comidas a Domicilio, por favor marque una razón:

- No puede preparar sus propias comidas debido a la evaluación ADL/IADL
- Falta de servicio de apoyo para comidas en el hogar o comunidad
- Incapacidad para consumir las comidas en un lugar de comedor congregado debido a dificultades físicas o emocionales
- Cónyuge de un/a participante elegible
- Persona discapacitada de menos de 60 años que vive con un/a participante elegible

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

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

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 1/16/2025

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la 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/de la 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/de la 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/de la cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del/de la cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma del personal: _____ 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/de la 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/de la 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 tercera edad (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 1/16/2025

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente. Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	Califique la capacidad del/de la 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/de la cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del/de la 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/de la 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/de la 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/de la cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	Califique la capacidad del/de la cliente para LAVAR ROPA. Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
Firma del personal: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del/de la participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del/de la 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/de la 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 trimestral, debe completarlo un ACC.

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

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 1/16/2025

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

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

ADL/IADL trimestral, debe completarlo un ACC.

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

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 1/16/2025

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

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

ADL/IADL trimestral, debe completarlo un ACC.