

¿Habla español?  Sí  No

**Resumen de la evaluación de necesidades de la tercera edad (AGNES): un formulario**

¿Necesita un documento en español?  Sí  No

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 2/20/2026

**Proveedor por favor complete: ¿En qué programas se inscribirá el/la participante?**

- Título III-B** (Complete 1ª página)  
 **Título III-C1** (Complete 1ª y 2ª página)  
 **Título III-C2** (Complete 1ª, 2ª y 3ª página)  
 **C1 Take Out Meals** (Complete 1ª y 2ª página)  
 **Título III-D** (Complete 1ª página)  
 **Título III-E** (Complete 1ª, 2ª y 3ª página)  
 **WyHS** (Complete 1ª, 2ª y 3ª página)

**Cliente por favor complete: Información básica del/de la cliente**

**Fecha de evaluación:**        /        /  
(Fecha de hoy: fecha de la evaluación en A y D)

Apodo:

Primer nombre legal:

Apellido legal:

Inicial del Segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

Edad:

Sexo (marque uno):  Femenino    Masculino    Otro

(Opcional) Identidad de género para 'Otro':  No binario    No divulgado

Femenino transgénero    Masculino transgénero    Otro

Domicilio de residencia:

Marque si es igual al domicilio de residencia.

Dirección postal:

Ciudad, estado y código postal de residencia:

Ciudad, estado y código postal:

Número de teléfono principal: (     )

Tipo de teléfono:  Celular    Casa

Número de teléfono secundario: (     )

Tipo de teléfono:  Celular    Casa

Dirección de correo electrónico:

¿Desea ser voluntario/a?  Sí    No

¿Cuál es su idioma de preferencia?

Inglés    Español

Otro

Indicar: \_\_\_\_\_

Raza (marque una)

Blanca, no hispana

Blanca, hispana

Indígena norteamericana/nativa de Alaska

Asiática o asiática americana    Negra o afroamericana

Nativa de Hawái/Islas del Pacífico    Otra

Etnia (marque una)

Hispana o latina

Ni hispana ni latina

¿Estado civil? (marcar una opción)

Soltero/a    Casado/a    Viudo/a    Otro

¿Vive solo/a?

Sí    No

¿Está trabajando?

Tiempo completo    Tiempo parcial    No

¿Es usted discapacitado/a?  Sí    No

¿Es veterano/a?  Sí    No

¿Es cónyuge o dependiente de un veterano/a?  Sí    No

¿Sus ingresos mensuales son iguales o inferiores a este monto?  Sí    No

Grupo familiar de 1: \$1,330   Grupo familiar de 2: \$1,803

Grupo familiar de 3: \$2,276   Grupo familiar de 4: \$2,750

(Opcional) ¿Eres cuidador de un ser querido?  Sí    No

¿Le interesan los servicios de cuidado? Si es así, marque "sí" para que los proveedores del Departamento de Salud se pongan en contacto con usted para informarle sobre posibles servicios.

Sí    No

Nombre de contacto de emergencia:

Relación:

Número de teléfono: (     )

Tipo de teléfono:  Celular    Casa

**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 su información de 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 llamando al 1 (800) 856-4398 o con la División de la Tercera Edad de WDH, Sección Vida en comunidad llamando al 1 (800) 442-2766.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



\*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 tercera edad (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario**

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 2/20/2026

<b>Evaluación de la nutrición</b>	<b>SÍ</b> (Marque con un círculo)	<b>NO</b> (Marque con un círculo)
Tengo una enfermedad o afección que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comida que ingiero.	<b>2</b>	<b>0</b>
Como menos de dos comidas al día.	<b>3</b>	<b>0</b>
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	<b>2</b>	<b>0</b>
Tomo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	<b>2</b>	<b>0</b>
Tengo problemas en los dientes o la boca que me dificultan comer.	<b>2</b>	<b>0</b>
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	<b>4</b>	<b>0</b>
Como solo/a la mayor parte del tiempo.	<b>1</b>	<b>0</b>
Tomo 3 o más fármacos diferentes, recetados o de venta libre, por día.	<b>1</b>	<b>0</b>
Sin querer, he perdido o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.	<b>2</b>	<b>0</b>
No siempre tengo la capacidad física para ir de compras, cocinar o alimentarme solo/a.	<b>2</b>	<b>0</b>
¿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
<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/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 2/20/2026

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

**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 2/20/2026

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

\*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 2/20/2026

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para BAÑARSE.</b> Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para COCINAR.</b> Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para COMER.</b> Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para realizar las COMPRAS.</b> Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2	<b>Califique la CONTINENCIA intestinal/renal del/de la cliente.</b> Independiente Necesita asistencia a veces Totalmente dependiente	0 2 4	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS.</b> Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para realizar TRANSFERENCIAS.</b> Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para ADMINISTRAR DINERO.</b> Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para IR AL BAÑO.</b> Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS.</b> Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para VESTIRSE.</b> Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para LAVAR ROPA.</b> Ninguna adaptación o ayuda física/independiente Se necesita supervisión/dar indicaciones Totalmente dependiente
<b>Firma del personal:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____ <b>Trimestre:</b> _____ <b>Número total de ADL:</b> _____ <b>Puntuación total de ADL:</b> _____ <b>Número total de IADL:</b> _____ <b>Puntuación total de IADL:</b> _____ <b>Iniciales del participante elegible:</b> _____		0 1 2	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para USAR EL TELÉFONO.</b> Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	<b>Califique la capacidad del/de la cliente para obtener acceso a TRANSPORTE.</b> 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 2/20/2026

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