

Florida Department of Elder Affairs
 (Departamento de las Personas Mayores)
 701B Comprehensive Assessment
 (Evaluación Comprensiva 701B)
 Rule (Regla): 58-A-1.010, F.A.C.

Provider ID: _____ Assessor/Case Manager (CM) Name: _____
 Provider Assessor/CM ID: _____ Signature: _____

A. DEMOGRAPHIC SECTION (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

1. **ASSESSOR/CM: What is the purpose of this assessment?**
 Initial Annual Health Living situation Caregiver Environment Income

2. Social Security number: (Número de Seguro Social) _____

3. Name: a. First: (Nombre) _____ b. Middle initial: (Inicial del segundo nombre) _____
 c. Last: (Apellido) _____

4. Medicaid number: (Número de Medicaid) _____

5. Phone number: (Teléfono) _____

6. Date of birth: (mm/dd/yyyy) (Fecha de nacimiento (mes/día/año)) _____

7. Sex: (Sexo) Male (Masculino) Female (Femenino)

8. Race (Mark all that apply): (Raza, seleccione todas las opciones que apliquen)
 White (Blanco) Black/African American (Afroamericano) Asian (Asiático)
 American Indian/Alaska Native (Indígena Americano o de Alaska) Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena de Hawái o del Pacífico) Other (Otra)

9. Ethnicity: (Etnicidad) Hispanic/Latino (Hispano/Latino) Other (Otra)

10. Primary language: (Idioma preferido) English (Inglés) Spanish (Español) Other: _____

11. Does client have limited ability reading, writing, speaking, or understanding English?
 (¿Tiene el cliente limitaciones de lectura, escritura, lenguaje o comprensión en inglés?) No (No) Yes (Sí)

12. Marital status: (Estado civil) Married (Casado/a) Partnered (Relación libre) Single (Soltero/a) Separated (Separado/a) Divorced (Divorciado/a) Widowed (Viudo/a)

13. **ASSESSOR/CM: Current Physical Location Address (If type is a facility, enter facility name.)**
 a. Street: (Calle) _____
 b. City: (Ciudad) _____ c. ZIP code: (Código postal) _____
 d. Type: (Tipo) Private residence (Hogar privado) Assisted living facility (ALF) (Vivienda con asistencia) Nursing facility (Asilo de ancianos)
 Hospital (Hospital) Adult day care (Centro de cuidado diurno para adultos) Other (Otro)
 e. Name: (Nombre) _____

A. DEMOGRAPHIC SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

14. Home Address (If different from current physical location)
(Dirección del domicilio (Si es diferente de la dirección de la ubicación actual))

a. Street: (Calle) _____

b. City: (Ciudad) _____ c. ZIP code: (Código Postal) _____

15. Is client's home address public housing? No (No) Yes (Si)
(¿Es la dirección del domicilio del cliente vivienda pública?)

16. Mailing Address (If different from current physical location)
(Dirección de correo (Si es diferente de la dirección del domicilio actual))

a. Street: (Calle) _____ b. City: (Ciudad) _____

c. State: (Estado) _____ d. ZIP code: (Código Postal) _____

17. ASSESSOR/CM: Assessment date: (mm/dd/yyyy) _____

18. ASSESSOR/CM: Assessment site:
 Home ALF Nursing facility Hospital Adult day care Other

19. ASSESSOR/CM: Referral date: (mm/dd/yyyy) _____

20. ASSESSOR/CM: Referral source: Self/Family Nursing facility Case management agency
 CARES Aging out Hospital Department of Children and Families Other
 APS: Select level of APS risk: High Intermediate Low

21. ASSESSOR/CM: Transitioning out of a nursing facility? No Yes

22. ASSESSOR/CM: Imminent risk of nursing home placement? No Yes

23. Do you need outside assistance to evacuate?
(¿Necesita usted ayuda para evacuar en casos de emergencia?) No (No) Yes (Si)

24. Are you enrolled on a special needs registry?
(¿Está usted inscrito en un registro de necesidades especiales?) No (No) Yes (Si)

25. Is there a primary caregiver?
(¿Tiene usted un cuidador principal?) No (No) Yes (Si)

26. Living situation: With primary caregiver With other caregiver With other Alone
(Situación de vivienda) (Con su cuidador principal) (Con otro cuidador) (Con otro) (Solo[a])

27. Individual monthly income:
(Ingresos personales mensuales) \$ _____ Refused
(Declinó responder)

28. Couple monthly income:
(Ingresos mensuales de la pareja) \$ _____ Refused N/A
(Declinó responder)

29. Estimated total individual assets:
(Valor estimado de bienes personales) \$ _____

\$0 to \$2,000 \$2,001 to \$5,000 \$5,001 or more Refused
(\$0 a \$2,000) (\$2,001 a \$5,000) (\$5,001 o más) (Declinó responder)

30. Estimated total couple assets:
(Valor estimado de bienes de pareja) \$ _____

\$0 to \$3,000 \$3,001 to \$6,000 \$6,001 or more Refused N/A
(\$0 a \$3,000) (\$3,001 a \$6,000) (\$6,001 o más) (Declinó responder)

A. DEMOGRAPHIC SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

31. Are you receiving S/NAP (food stamps)? (¿Recibe cupones para alimentos (SNAP en inglés)?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)
32. Do you need other assistance for food? (¿Necesita usted otra ayuda para alimentos?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)
33. ASSESSOR/CM: Is someone besides the client providing answers to questions? <input type="checkbox"/> No (Skip to 34) <input type="checkbox"/> Yes		
a. Name (Nombre): _____ b. Relationship (Relación al cliente): _____		
34. Besides your own children, how many children under age 19 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 35) (Sin contar a sus propios hijos ¿cuántos niños menores de 19 años bajo su cuidado viven con usted? (si la respuesta es cero, continúe en 35))		
a. How many are grandchildren? (¿Cuántos son nietos?)	# _____	Name(s): (Nombres)
b. How many are other related children? (¿Cuántos otros niños son familiares suyos?)	# _____	Name(s): (Nombres)
c. How many are other non-related children? (¿Cuántos otros niños no están relacionados con usted?)	# _____	Name(s): (Nombres)
35. How many disabled adults age 19 to 59 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 36) (¿Cuántos adultos incapacitados entre 19 y 59 años de edad bajo su cuidado viven con usted? (si la respuesta es cero, continúe en 36))		
a. How many are grandchildren? (¿Cuántos son nietos?)	# _____	Name(s): (Nombres)
b. How many are other relatives? (¿Cuántos otros son familiares?)	# _____	Name(s): (Nombres)
c. How many are other non-relatives? (¿Cuántos no son familiares?)	# _____	Name(s): (Nombres)

Notes & Summary

B. MEMORY SECTION (SECCIÓN SOBRE LA MEMORIA)

36. Has a doctor or other health care professional told you that you suffer from memory loss, cognitive impairment, any type of dementia, or Alzheimer’s disease? No Yes
 (¿Se le ha diagnosticado alguna vez con pérdida de memoria, deterioro cognoscitivo, cualquier tipo de demencia, o enfermedad de Alzheimer por un doctor o profesional médico?) (No) (Si)

37. **ASSESSOR/CM: If the client is not answering questions, skip to Question 47 and check:**

38. “I am going to say three words for you to remember. Please repeat the words after I have said them. The words are: sock (something to wear), blue (a color), and bed (a piece of furniture). Now you tell me the three words.”
 (“Le voy a decir tres palabras para que usted las recuerde. Por favor repita las palabras después de que yo las haya dicho. Las palabras son: calcetín (un artículo de ropa), azul (un color), y cama (un mueble). Ahora usted dígame las tres palabras.”)

ASSESSOR/CM: Select the number of words correctly repeated after the first attempt:

Sock Blue Bed Total number of correct words: None One Two Three
 (Calcetín) (Azul) (Cama)

“Thank you. I will ask you to repeat these to me again later.”

(“Gracias. Yo le voy a pedir que me las repita de nuevo más tarde.”)

39. Please tell me what year it is: Correct Missed by one year Missed by two to five years
 (Por favor dígame en qué año estamos) Missed by five or more years No answer

40. Please tell me what month it is: Correct Missed by one month Missed by two to five months
 (Por favor dígame en qué mes estamos) Missed by five or more months No answer

41. Please tell me what day (of the week) it is: Correct Incorrect No answer
 (Por favor dígame que día de la semana es hoy)

42. “Let’s go back to an earlier question. What were those words I asked you to repeat back to me?”
 (“Volvamos a una pregunta anterior. ¿Cuáles fueron las palabras que le pedí que repitiera?”)

Sock (Calcetín) Blue (Azul) Bed (Cama)

43. **ASSESSOR/CM: Number of words correctly recalled without prompting:** None One Two Three

44. Have any friends or family members expressed concern about your memory? No Yes
 (¿Algunos de sus familiares o amigos han expresado preocupación por su memoria?) (No) (Si)

45. Have you become concerned about your memory or had problems remembering important things? No (Skip to 47) Yes
 (¿Está usted preocupado por su memoria, o ha tenido usted problemas recordando asuntos o cosas importantes?) (No) (Si)

46. How often do you have problems remembering things?
 (¿Con que frecuencia tiene usted problemas recordando cosas?)

Always Often Sometimes Rarely Don’t know
 (Siempre) (Frecuentemente) (Algunas veces) (Raramente) (No sabe)

47. **ASSESSOR/CM: In your opinion, are cognitive problems present?** No Yes Don’t Know

Notes & Summary:

C. GENERAL HEALTH, SENSORY & COMMUNICATION SECTION

(SECCIÓN DE SALUD GENERAL, COMUNICACIÓN Y SENSORIAL)

48. How would you rate your overall health at this time? Excellent Very Good Good Fair Poor
 (¿Cómo calificaría su salud general en este momento?) (Excelente) (Muy Buena) (Buena) (Regular) (Mala)

49. Compared to a year ago, how would you rate your health?
 (¿En comparación a hace un año, cómo calificaría su salud?)
 Much better Better About the same Worse Much worse
 (Mucho mejor) (Mejor) (Igual) (Mal) (Peor)

50. How often do you change or limit your activities out of fear of falling?
 (¿Con qué frecuencia usted cambia o limita sus actividades por miedo a caerse?)
 Never Occasionally Often All of the time
 (Nunca) (Ocasionalmente) (Con frecuencia) (Todo el tiempo)

51. How many times have you fallen in the last six months?
 (¿Cuántas veces se ha caído usted en los últimos 6 meses?) # _____

52. How often are there things you want to do but cannot because of physical problems?
 (¿Cada cuánto hay cosas o actividades que usted quiere hacer pero no puede debido a problemas físicos?)
 Never Occasionally Often All of the time
 (Nunca) (Ocasionalmente) (Con frecuencia) (Todo el tiempo)

53. When you need medical care, how often do you get it?
 (¿Cuándo usted necesita atención médica, cada cuánto la recibe?)
 Always Most of the time Rarely Only in an emergency Never
 (Siempre) (La mayoría del tiempo) (Raramente) (Sólo en caso de emergencia) (Nunca)

54. When you need transportation to medical care, how often do you get it?
 (¿Cuando usted necesita transporte para atención médica, cada cuánto lo consigue?)
 Always Most of the time Rarely Only in an emergency Never
 (Siempre) (La mayoría del tiempo) (Raramente) (Sólo en caso de emergencia) (Nunca)

55. Do you drive a car or other motor vehicle?
 (¿Maneja usted un carro o algún otro vehículo de motor?) No (No) Yes (Sí)

56. How often do finances/insurance allow you to obtain health care and medications when you need them?
 (¿Cada cuánto le permiten su seguro médico/o las finanzas obtener el servicio médico y medicamentos que usted necesita?)
 Always Most of the time Rarely Only in an emergency Never
 (Siempre) (La mayoría del tiempo) (Raramente) (Sólo en caso de emergencia) (Nunca)

57. Have you visited the emergency room (ER) or been admitted to the hospital within the last year?
 (¿Ha estado usted en la sala de emergencia (ER en inglés) u hospitalizado en el último año?)
 No (No) Yes: (Sí) How many times? (¿Cuántas veces?) ER# _____ Hospital # _____

58. In the last year were you in a nursing or rehabilitation facility?
 (¿Ha estado usted en el último año en un asilo de ancianos o en un centro de rehabilitación?) No (No) Yes (Sí)

59. Are you usually able to climb two or three stair steps?
 (¿Usualmente puede usted subir dos o tres escalones?) No (No) Yes (Sí) Don't know (No lo sé)

60. **ASSESSOR/CM: Are there any stairs within the dwelling or leading into/out of the dwelling?** No Yes

61. Are you usually able to carry a full glass of water across a room without spilling it? (¿Puede usualmente usted cargar un vaso de agua de un lado al otro de la habitación sin derramarlo?) No (No) Yes (Sí) Don't know (No lo sé)

C. GENERAL HEALTH, SENSORY & COMMUNICATION SECTION, CONTINUED

(SECCIÓN DE SALUD GENERAL, COMUNICACIÓN Y SENSORIAL)

62. Has a doctor told you that you currently have vision problems? (¿Se le ha diagnosticado alguna vez con problemas de visión?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> Blind (Ciego)	<i>(If blind, skip to 63)</i>
a. Have you had an eye exam in the past year? (¿Ha tenido usted un examen de la vista en los últimos 12 meses?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)		
b. Do you bump into objects (people, doorways) because you don't see them? (¿Se golpea usted con objetos (personas, puertas) porque no los puede ver?)			<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)
c. Is your vision getting worse than it was last year? (¿Se ha empeorado su visión en comparación con el año pasado?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> In one eye (En un ojo)	<input type="checkbox"/> Slightly worse (Mal)	<input type="checkbox"/> Much worse (Peor)
63. Has a doctor told you that you currently have hearing problems? (¿Se le ha diagnosticado alguna vez con problemas auditivos (de oído)?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> Deaf (Sordo)	<i>(If deaf, skip to 64)</i>
a. Have you had a hearing exam in the past year? (¿Se ha hecho un examen de oído en el último año?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)		
b. Can you understand words clearly over the telephone? (¿Puede usted entender palabras claramente por teléfono?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)		
c. Is your hearing worse than it was last year? (¿Es su sentido de oído peor ahora en comparación al año pasado?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> In one ear (En una oreja)	<input type="checkbox"/> Slightly worse (Mal)	<input type="checkbox"/> Much worse (Peor)

64. ASSESSOR/CM: Does client rely on writing, gestures, or signs to communicate?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
65. ASSESSOR/CM: Are the client's words formed properly, not slurred or clipped?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
66. ASSESSOR/CM: Are any sensory aids or assistive devices currently used? If yes, please list the type(s) used: _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
67. ASSESSOR/CM: Is there an unmet need for a sensory aid or assistive device? If yes, please list the type(s) needed: _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Notes & Summary:

D. ACTIVITIES OF DAILY LIVING SECTION (SECCIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS)

68. How much assistance do you <u>need</u> with the following tasks? (¿Cuánta ayuda <u>necesita</u> usted con las siguientes tareas?)					
Task (Tarea)	No assistance needed (No ayuda necesaria)	Uses assistive device (Usa aparato de ayuda)	Needs supervision or prompt (Supervisión necesaria)	Needs assistance (but not total help) (Necesita asistencia (pero no ayuda total))	Needs total assistance (cannot do at all) (Necesita ayuda (no lo puede hacer))
a. Bathing (Bañándose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dressing (Vistiéndose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Eating (Comiendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Using the bathroom (Usando el baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Transferring (Levantándose/ Sentándose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Walking/Mobility (Caminando/ Moviéndose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ASSESSOR/CM: Is there an unmet need for an ADL assistive device? <i>If yes, type(s) needed:</i> _____				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
70. How much assistance do you <u>have</u> with the following tasks? (¿Cuánta ayuda <u>tiene</u> usted con las siguientes tareas?)					
Task (Tarea)	No assistance needed (No ayuda necesaria)	Always has assistance (Siempre tiene ayuda)	Has assistance most of the time (Tiene ayuda frecuentemente)	Rarely has assistance (Raramente tiene ayuda)	Never has assistance (Nunca tiene ayuda)
a. Bathing (Bañándose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dressing (Vistiéndose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Eating (Comiendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Using the bathroom (Usando el baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Transferring (Levantándose/ Sentándose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Walking/Mobility (Caminando/ Moviéndose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes & Summary:					

E. INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SECTION (SECCIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS INSTRUMENTALES)

71. How much assistance do you <u>need</u> with the following tasks? (¿Cuánta ayuda <u>necesita</u> usted con las siguientes tareas?)						
Task (Tarea)	No assistance needed (No ayuda necesaria)	Uses assistive device (Usa aparato de ayuda)	Needs supervision or prompt (Supervisión necesaria)	Needs assistance (but not total help) (Necesita asistencia (pero no ayuda total))	Needs total assistance (cannot do at all) (Necesita ayuda (no lo puede hacer))	
a. Heavy chores (Tareas pesadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Light housekeeping (Limpiezas ligeras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Using the telephone (Uso del teléfono)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Managing money (Manejo del dinero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Preparing meals (Preparando comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Shopping (Haciendo compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Managing medication (Manejando medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Using transportation (Usando transportación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72. ASSESSOR/CM: Is there an unmet need for an IADL assistive device?				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	
<i>If yes, type(s) needed:</i> _____						
73. How much assistance do you <u>have</u> with the following tasks? (¿Cuánta ayuda <u>tiene</u> usted con las siguientes tareas?)						
Task (Tarea)	No assistance needed (No ayuda necesaria)	Always has assistance (Siempre tiene ayuda)	Has assistance most of the time (Tiene ayuda frecuentemente)	Rarely has assistance (Raramente tiene ayuda)	Never has assistance (Nunca tiene ayuda)	
a. Heavy chores (Tareas pesadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Light housekeeping (Limpiezas ligeras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Using the telephone (Uso del teléfono)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Managing money (Manejo del dinero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Preparing meals (Preparando comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Shopping (Haciendo compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Managing medication (Manejando medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Using transportation (Usando transportación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F. HEALTH CONDITIONS & THERAPIES SECTION (SECCIÓN DE TERAPIAS Y CONDICIONES MÉDICAS)

74. Have you been told by a physician that you have any of the following health conditions?

(¿Le ha diagnosticado alguna vez un médico con las siguientes condiciones médicas?)

ASSESSOR/CM: Indicate whether a problem occurred in the past by marking the first box and when a problem is current by marking the second box. Mark all that apply.

Past (Pasado)	Current (Vigente)	Health Conditions (Condición Médica)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acid reflux/GERD (Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (GERD en inglés))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies, list: (Alergias, listar) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation, site: (Amputación, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (Anemia) <input type="checkbox"/> Severe (Severa) <input type="checkbox"/> Moderate (Moderada) <input type="checkbox"/> Mild (Leve)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis, type: (Artritis, tipo) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bed sore(s) (Decubitus), location: (úlceras de cúbito, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood pressure (Presión (tensión) arterial) <input type="checkbox"/> High (Alta) <input type="checkbox"/> Low (Baja)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broken bones/fractures, location: (Huesos rotos o fracturados, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, site: (Cáncer, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia (Clamidia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholesterol (Colesterol) <input type="checkbox"/> High (Alto) <input type="checkbox"/> Low (Bajo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dehydration (Deshidratación)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> IDDM (Insulinodependiente) <input type="checkbox"/> NIDDM (No insulinodependiente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness (Mareo) <input type="checkbox"/> Constant (Constante) <input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente) <input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional) <input type="checkbox"/> Rare (Raro)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia (Fibromialgia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallbladder (Vesícula biliar) <input type="checkbox"/> Removal (Removida) <input type="checkbox"/> Problems (Problemas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrhea (Gonorrea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart problems (Problemas del corazón) <input type="checkbox"/> Pacemaker (Marcapasos) <input type="checkbox"/> CHF (ICC ¹) <input type="checkbox"/> MI (IM ²) <input type="checkbox"/> Other (Otro)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head, brain, or spinal cord trauma (Trauma de la médula espinal, cerebral, o de la cabeza)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes (Herpes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Human Immunodeficiency Virus (HIV) (Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Human Papilloma Virus (HPV)/Genital warts (Virus del Papiloma Humano (VPH)/Verrugas Genitales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence, bladder (Incontinencia, vejiga) <input type="checkbox"/> Constant (Constante) <input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente) <input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional) <input type="checkbox"/> Rare (Rara)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence, bowel (Incontinencia, intestinal) <input type="checkbox"/> Constant (Constante) <input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente) <input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional) <input type="checkbox"/> Rare (Rara)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney problems or renal disease (Problemas del riñón o enfermedad renal) End stage? (¿Terminal?) <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Yes (Si)

¹ Insuficiencia Cardíaca Congestiva

² Infarto Miocardio

F. HEALTH CONDITIONS & THERAPIES SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE TERAPIAS Y CONDICIONES MÉDICAS)

Past	Current	Health Conditions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver problems (Problemas del hígado) <input type="checkbox"/> Cirrhosis (Cirrosis) <input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepatitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung problems (Problemas pulmonares) <input type="checkbox"/> Emphysema (Enfisema) <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) <input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía) <input type="checkbox"/> COPD (EPOC ³)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus (Lupus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sclerosis (Esclerosis Múltiple)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscular Dystrophy (Distrofia Muscular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis (Osteoporosis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's disease (Enfermedad de Parkinson)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralysis (Parálisis) <input type="checkbox"/> Full (Completa) <input type="checkbox"/> Partial (Parcial) <input type="checkbox"/> Local, site: (Local, sitio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder, type & frequency: (Convulsiones, tipo y frecuencia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shingles (Herpes zóster)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke/CVA (Derrame cerebral)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syphilis (Sífilis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid problems/Graves/Myxedema (Problemas de la tiroides/Enfermedad de Graves/Mixedema) <input type="checkbox"/> Hyper (Hiper) <input type="checkbox"/> Hypo (Hipo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor(s), site: (Tumor [es], sitio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcer(s), site: (Úlcera[s], sitio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Tract Infection (UTI) (Infección del Tracto Urinario)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other:(Otra)

Notes & Summary:

³ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

F. HEALTH CONDITIONS & THERAPIES SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE TERAPIAS Y CONDICIONES MÉDICAS)

75. Provide information on the frequency of current therapies or specialty care:
 (Por favor infórmenos sobre la frecuencia de las terapias o cuidados especiales que usted recibe actualmente)

Treatment type: (Tipo de tratamiento)	N/A or None (Ninguno)	Monthly (Mensual)	Weekly (Semanal)	Several times a week (Varias veces a la semana)	Daily (Diariamente)	Several times a day (Varias veces al día)
a. Bladder/bowel treatment (Tratamiento de la vejiga/intestino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Catheter, type: (Catéter, tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dialysis (Diálisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Insulin assistance (Asistencia de insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. IV Fluids/IV Medications (Fluidos/medicamentos intravenosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Occupational therapy (Terapia ocupacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ostomy, site: (Ostomía, sitio) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Oxygen (Oxígeno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Physical therapy (Terapia física)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Radiation/Chemotherapy (Radiación/Quimioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Respiratory therapy (Terapia respiratoria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Skilled nursing (Enfermería especializada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Speech therapy (Terapia del lenguaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Suctioning (Succión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Tube feeding (Alimentación por sonda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Wound care/Lesion irrigation (Cuidado de heridas/Limpieza de heridas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Other therapy, type: (Otra terapia, tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes & Summary:

G. MENTAL HEALTH SECTION (SECCIÓN DE SALUD MENTAL)

ASSESSOR/CM: If the client is not answering questions, skip to Question 81 and check: <input type="checkbox"/>				
76. How satisfied are you with your overall quality of life? (¿Qué nivel de satisfacción tiene usted con su calidad de su vida?)	<input type="checkbox"/> Very satisfied (Muy satisfecho)	<input type="checkbox"/> Satisfied (Satisfecho)		
<input type="checkbox"/> Neither satisfied nor dissatisfied (Ni satisfecho o insatisfecho)	<input type="checkbox"/> Dissatisfied (Insatisfecho)	<input type="checkbox"/> Very dissatisfied (Muy insatisfecho)		
77. Thinking about how you were this time last year, how do you feel about the way things are now? (Teniendo en cuenta como estuvo hace un año, ¿cómo se siente sobre el estado actual de las cosas en general?)				
<input type="checkbox"/> Much better (Mucho mejor)	<input type="checkbox"/> Better (Mejor)	<input type="checkbox"/> About the same (Igual)	<input type="checkbox"/> Worse (Mal)	<input type="checkbox"/> Much worse (Peor)
78. Over the past two weeks, how often have you been <u>bothered</u> by any of the following problems? (Durante las últimas dos semanas, ¿con que frecuencia le molestaron cualquier de los siguientes problemas?) (Adapted from the Patient Health Questionnaire PHQ-9, © Pfizer)				
	Not at all (Nunca)	Several days (Varios días)	More than half the days (Más de la mitad de los días)	Nearly every day (Casi todos los días)
a. Little interest or pleasure in doing things (Poco interés o placer haciendo cosas cotidianas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Feeling down, depressed, or hopeless (Depresión, tristeza, desesperación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much (Dificultad en dormirse o quedándose dormido, o dormir demasiado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feeling tired or having little energy (Mucho cansancio o muy poca energía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poor appetite or overeating (Poco apetito o comer en exceso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down (Sensación de tristeza hacia sí mismo, o que usted es un fracaso, o que usted ha decepcionado a su familia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television (Dificultad concentrándose en cosas como leer el periódico (el diario) o mirar televisión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moving or speaking so slowly that other people noticed – Or, the opposite, being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual (Moviéndose o hablando tan lentamente que otra gente se da cuenta, o al contrario sintiéndose tan inquieto que usted se mueve más de lo normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way* (Pensamientos de que sería mejor si usted estuviera muerto, o si usted se hiciera daño o se hiriera*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Thoughts of suicide or self-injury, hallucinations, or aggressive behaviors are potentially serious problems that should be reported immediately to a supervisor, primary care physician, emergency care, law enforcement, and/or Adult Protective Services, as appropriate.				
ASSESSOR/CM: If the client answered "Not at all" to a-i above, skip to Question 81.				

G. MENTAL HEALTH SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE SALUD MENTAL)

79. How difficult have these problems made it for you in your daily life activities and interactions with others?
(En relación a sus actividades cotidianas e interacción con otras personas, ¿Qué tan difícil lo han hecho estos problemas?)

Not difficult at all (No ha sido difícil para nada) Somewhat difficult (Un poco difícil) Very difficult (Muy difícil) Extremely difficult (Demasiado difícil)

80. Are you currently working with a professional to help with this condition?
(¿Habla actualmente con un profesional/especialista para tratar de aliviar esta condición?)

No (No) Yes (Skip to 81) (Sí)

a. Have you or do you plan to discuss these issues with a professional?
(¿Ha tratado o está pensando en hablar acerca de estos problemas con un profesional/especialista?)

No (No) Yes (Skip to 81) (Sí)

b. Do you talk about any of these issues with anyone else you know?
(¿Habla usted acerca de estos problemas con otra persona que conozca?)

No (No) Yes (Sí)

81. Have you been diagnosed with a mental condition or psychiatric disorder by a health professional?
(¿Le ha diagnosticado un médico con una condición mental o un desorden psiquiátrico?)

No (Skip to 82) (No) Yes: (Sí) *List conditions: (Liste las condiciones)*

82. ASSESSOR/CM: Indicate whether you noticed problem behaviors or any recurring problems have been reported to you by the client, caregiver, in-home worker, family, or staff, and note the frequency of occurrence in the last month. Provide details in the Notes & Summary section, below.

Problem behaviors (Comportamientos problemáticos)	Not at all (Nunca)	Once (Una vez)	Several days (Varios días)	More than half the days (Más de la mitad de los días)	Nearly every day (Casi todos los días)
a. Forgetful or easily confused (Olvidadizo o fácilmente confundido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gets lost or wanders off (Se pierde o vaga lejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Easily agitated or disruptive (Se agita fácilmente o está inquieto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sexually inappropriate (Hace comentarios sexuales inapropiados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Threatens or is verbally hostile* (Amenaza o es verbalmente hostil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Physically aggressive or violent* (Agresivo o violento (físicamente))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Intentionally injures or harms him/herself* (Se hace daño físico o se hiere a sí mismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Expresses suicidal feelings or plans* (Expresa pensamientos o planes de suicidio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hallucinates, hears/sees things that are not there* (Alucina, escucha, o ve cosas que no existen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Other: (Otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Thoughts of suicide or self-injury, hallucinations, or aggressive behaviors are potentially serious problems that should be reported immediately to a supervisor, primary care physician, emergency care, law enforcement, and/or Adult Protective Services, as appropriate.*

83. **ASSESSOR/CM: Does client need supervision?** No Yes

Notes & Summary:

H. RESIDENTIAL LIVING ENVIRONMENT SECTION (SECCIÓN DE VIVIENDA RESIDENCIAL Y ENTORNO/AMBIENTE)

84. **ASSESSOR/CM:** If information about the client's residence is reported to you, without your observation, check here and all that apply below. If residence issues are directly observed by you, use the list below to observe and check off the specific issue(s) with the potential for safety or accessibility problems.

Check all that apply:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| a. Exterior issues(s):
(Problemas exteriores) | <input type="checkbox"/> Road
(Calle) | <input type="checkbox"/> Driveway
(Entrada de vehículos) | <input type="checkbox"/> Yard
(Jardín/Patio) | <input type="checkbox"/> Ramp
(Rampa) | <input type="checkbox"/> Window
(Ventanas) | <input type="checkbox"/> Roof
(Techo) |
| b. Interior issues(s):
(Problemas interiores) | <input type="checkbox"/> Doors
(Puertas) | <input type="checkbox"/> Stairs
(Escaleras) | <input type="checkbox"/> Floor
(Piso) | <input type="checkbox"/> Walls
(Paredes) | <input type="checkbox"/> Ceiling
(Techo/cielo raso) | <input type="checkbox"/> Lights
(Luces) |
| c. Restroom issues(s):
(Problemas con el baño) | <input type="checkbox"/> Door
(Puerta) | <input type="checkbox"/> Handrails
(Baranda) | <input type="checkbox"/> Tub
(Bañadera/tina) | <input type="checkbox"/> Shower
(Ducha/regadera) | <input type="checkbox"/> Toilet
(Inodoro) | |
| d. Utility issue(s): (Problemas con los servicios públicos) | <input type="checkbox"/> Plumbing
(Tubería/plomería) | | <input type="checkbox"/> Water
(Agua) | <input type="checkbox"/> Electric
(Electricidad) | <input type="checkbox"/> Gas
(Gas) | |
| e. Furniture issue(s): (Problemas con los muebles) | <input type="checkbox"/> Chair
(Silla) | | <input type="checkbox"/> Couch
(Sofá) | <input type="checkbox"/> Bed
(Cama) | <input type="checkbox"/> Table
(Mesa) | |
| f. Telephone issue(s):
(Problemas con el teléfono) | <input type="checkbox"/> Broken
(Fuera de servicio) | <input type="checkbox"/> No phone
(Sin teléfono) | <input type="checkbox"/> Disconnected/No service
(Desconectado/sin servicio) | | | |
| g. Temperature issue(s):
(Problemas con la temperatura) | <input type="checkbox"/> Heat
(Calefacción) | <input type="checkbox"/> Smoke detector
(Detector de humo) | <input type="checkbox"/> Air conditioning
(Aire acondicionado) | | | |
| h. Unsanitary condition(s):
(Condiciones antihigiénicas) | <input type="checkbox"/> Odors
(Olores) | <input type="checkbox"/> Insects
(Insectos) | <input type="checkbox"/> Rodents
(Roedores) | <input type="checkbox"/> Floors or pathways cluttered
(Pisos y caminos obstruidos) | | |
| | <input type="checkbox"/> Accumulating items or garbage
(Basura u objetos acumulados) | | | | | |
| i. Other hazards: (Otros peligros/riesgos) | _____ | | | | | |

85. Is there a pet in your home or yard?
(¿Tiene usted una mascota en su hogar o en el patio?) No (Skip to 86) (No) Yes (Si)

a. Please specify the type and size:
(Por favor especifique el tipo de mascota y el tamaño) _____

b. **ASSESSOR/CM:** Pet comments/concerns: _____

86. **ASSESSOR/CM:** Please rate the level of risk in the client's residential living environment:

- No/low apparent risk from current living conditions.
- Minor risk (One or more aspects are substandard and should be addressed in the following year to avoid potential injury.)
- Moderate risk (Major aspects are substandard and must be addressed in the next few months to remain in home safely.)
- High risk (Serious hazards are present. The client must change dwellings or immediate corrective action must be taken to correct the issues noted above.)

I. NUTRITION SECTION (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

87. Do you usually eat at least two meals a day? (¿Consumen usted al menos dos comidas al día?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
88. On a typical day, what types of food do you eat for: (En un día típico, que tipo de comidas consume usted)		
a. Breakfast: (Desayuno) _____		
b. Lunch: (Almuerzo) _____		
c. Dinner: (Cena) _____		
d. Snacks: (Refrigerio/Comida ligera) _____		
89. Do you eat alone most of the time? (¿Come usted solo la mayoría del tiempo?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
90. How many cups of water, juice, or other liquid do you drink daily? (If more than eight, skip to 91) (¿Cuántos vasos de agua, jugos, u otros líquidos bebe/toma usted al día?) # _____		
a. Do you ever limit the amount of fluids you drink? (¿Alguna vez limita la cantidad de fluidos que usted bebe?)	<input type="checkbox"/> No (Skip to 91) (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
b. Why and when do you limit the fluids you intake? (¿Por qué y cuándo limita usted los fluidos que bebe?) _____		
91. On average, how many servings of fruits and vegetables do you eat every day? (One "serving" is one small piece of fruit or vegetable, about one-half cup of chopped fruit or vegetable, or one-half cup of fruit or vegetable juice.) (¿En promedio, cuántas porciones de frutas y vegetales come usted diariamente? (Una "porción" es una pequeña pieza de fruta o vegetales, aproximadamente media taza de fruta o vegetales picados/cortados, o medio vaso de jugo de fruta o vegetales.)) # _____		
92. On average, how many servings of dairy products do you have every day? (One "serving" of dairy is about a slice of cheese, a cup of yogurt, or a cup of milk or dairy substitute.) (¿En promedio, cuántas porciones de productos lácteos consume usted diariamente? (Una "porción" de productos lácteos es aproximadamente una rodaja de queso, una taza de yogurt, o un vaso de leche o sustituto lácteo.)) # _____		
93. Estimate your current height and weight: Height: _____ ft. _____ inches _____ lbs. (Aproximadamente, cuál es su altura y peso) (Altura) (pies) (pulgadas) (Peso)		
94. Have you lost or gained weight in the last few months? (¿Ha ganado o perdido peso en los últimos meses?)		
a. How much? (¿Cuánto peso?)	<input type="checkbox"/> Less than five pounds (Menos de cinco lbs.)	<input type="checkbox"/> Five to ten pounds (De cinco a diez lbs.)
	<input type="checkbox"/> Ten pounds or more (Diez lbs. o más)	<input type="checkbox"/> No (Skip to 95) (No)
b. Was the weight loss/gain on purpose (i.e., dieting or trying to lose/gain weight)? (¿Gano o perdió peso a propósito? (e.g. haciendo dieta))		
<input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Yes (Sí)		
95. Are you on a special diet(s) for medical reasons? (¿Está haciendo usted una dieta especial por razones de salud?)		
<input type="checkbox"/> Calorie supplement (Suplemento de calorías)	<input type="checkbox"/> Low fat/cholesterol (Baja grasa/colesterol)	<input type="checkbox"/> Low salt/sodium (Baja sal/sodio)
	<input type="checkbox"/> Low sugar/carb (Baja azúcar/carbohidratos)	<input type="checkbox"/> Other (Otra)
a. How long have you been on this diet? (¿Hace cuánto que está a dieta?) _____		
b. Why are you on this diet? (¿Por qué hace esta dieta?) _____		

I. NUTRITION SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

96. Do you have any problems that make it hard for you to chew or swallow? No (No)
 (¿Tiene usted problemas que le hacen difícil masticar o tragar?)

Mouth/tooth/dentures (Boca/dientes/dentadura postiza) Pain or difficulty swallowing (Dolor o dificultad al tragar) Yes; check any/all: (Si; seleccione las que apliquen)

Saliva production (Producción de saliva) Taste (Sabor) Nausea (Náusea/Mareo)

Other, describe: (Otra, descríbalos) _____

97. What working appliances do you have for storing/preparing food?
 (¿Qué electrodomésticos (que sirvan/trabajen) tiene usted para guardar o preparar comida?)

None (Ninguno) Refrigerator (Refrigerador/nevera) Microwave (Horno microondas) Toaster/Oven (Horno común/tostador) Stove (Estufa)

Other: (Otro) _____

Notes & Summary:

J. MEDICATIONS & SUBSTANCE USE SECTION (SECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SUBSTANCIAS)

98. Do you take three or more prescribed or over-the-counter medications a day? No (No) Yes (Si)

(¿Toma usted tres o más medicamentos con o sin receta al día?)

99. May I see all the medications you take, both regularly and those taken only as needed? Also, please show me all types of over-the-counter medications and any supplements that you regularly take.
 (¿Podría mostrarme los medicamentos que toma regularmente y los que toma solo cuando los necesita? Por favor, también muéstreme cualquier tipo de medicamento sin receta o vitaminas/suplementos que tome regularmente.)

ASSESSOR/CM: Check the original bottles in the medicine cabinet, nightstand, and refrigerator, as well as non-prescription drugs, over the counter drugs, sleep aids, herbal remedies, vitamins, and supplements.

Medication name (Nombre del Medicamento)	Prescribed dose (Dosis prescrita)	Prescribed frequency (Frecuencia prescrita)	Taken as prescribed? Yes/No* (Usada según las indicaciones)	Administration method (Método de administración)	Prescriber name (Nombre del médico)

If you have a printed list of meds managed by a facility, attach sheet. If there are more medications to record, use a blank sheet of paper to write the information.

J. MEDICATIONS & SUBSTANCE USE SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SUBSTANCIAS)

100. ***ASSESSOR/CM: Only ask when the client is not taking medications as indicated:**
“Why do you take [name of medication] differently than prescribed?” and explain each below:
 (“¿Por qué toma usted [nombre del medicamento] sin seguir las instrucciones de la receta/prescripción?”)

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

Medication and reason: _____

101. Please list the doctors you usually go to for treatment and medications:
 (Por favor liste los médicos/doctores que usted visita usualmente, y que le dan tratamientos o medicamentos)

Physician name (Nombre del médico)	Phone number (Número de teléfono)	Approx. date of last visit (Fecha de la última visita (aprox.))	Reason for last visit: (Razón por la última visita)

If you have more than ten physicians to record, use a blank sheet of paper to write the information.

102. What pharmacies or drug stores do you use?
 (¿Qué farmacias utiliza usted?) _____

103. Are you able to tell the difference between your pills (*i.e., colors, shapes, print*)?
 (¿Puede usted diferenciar entre sus pastillas/medicamentos (*e.g. color, figura, estampado*)?) No Yes N/A
 (No) (Si)

104. **ASSESSOR/CM: Are the client’s medications managed by a facility/caregiver?** No Yes N/A

105. **ASSESSOR/CM: In your opinion, are the client’s medications managed properly?** No Yes N/A

106. **ASSESSOR/CM: Should client have a new medication review by a doctor or pharmacist?** No Yes N/A

J. MEDICATIONS & SUBSTANCE USE SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS)

107. How many days in a typical week do you drink alcohol?
(Típicamente, ¿Cuántos días a la semana consume usted alcohol?)
- Refused (*Skip to 108*) None (*Skip to 108*) One to two Three to five Six to seven
(Negó responder) (Ningún día) (Uno o dos) (De tres a cinco) (De seis a siete)
- a. On the days when you have some alcohol, about how many drinks do you usually have?
(En los días que usted consume alcohol, ¿aproximadamente cuántas bebidas consume usualmente?)
- One to two (*Skip to 108*) Three to five Six or more
(Una o dos) (De tres a cinco) (Seis o más)
- b. About how many times in the last month have you had four or more drinks in a day?
(¿en cuántas ocasiones en el último mes ha consumido usted cuatro o más bebidas en un día?)
- None One to two Three to five Six or more
(Ninguna) (Una o dos) (De tres a cinco) (Seis o más)
108. Have you used any form of tobacco in the last six months?
(¿Ha usado usted alguna forma de tabaco en los últimos seis meses?)
- No (*Skip to 109*) Yes:
(No) (Sí)
- a. What type(s)? Chewing tobacco Cigarettes Cigars Snuff Other
(¿Qué tipo(s)?) (Tabaco de mascar) (Cigarrillos) (Cigarros) (Tabaco en polvo) (Otro)
- b. About how many times do you use tobacco each day? (¿Cuántas veces al día consume usted tabaco?)
- One to three Four to ten Eleven or more
(Una o tres) (Cuatro a diez) (Once o más)
109. Do you regularly use drugs other than those required for medical reasons (*i.e., controlled substances or "street drugs"*)? (¿Consumo usted drogas sin razón o propósito médico (*substancias controladas o "drogas de la calle"*)?)
- Refused (*Skip to 110*) No (*Skip to 110*) Yes, what type(s):
(Negó responder) (No) (Sí, que tipo(s)) _____
- a. About how often do you use these? Rarely Less than twice a month
(¿Cada cuánto las consume?) (Raramente) (Menos de dos veces al mes)
- Less than once a week Several times a week Daily Several times a day
(Menos de una vez a la semana) (Varias veces a la semana) (Diariamente) (Varias veces al día)
- b. How long have you been using that often? Less than a year One or more years
(¿Hace cuánto tiempo consume usted drogas con la frecuencia que acaba de indicar?) (Menos de un año) (Un año o más)

Notes & Summary:

K. SOCIAL RESOURCES SECTION (SECCIÓN DE RECURSOS SOCIALES)

110. If needed, is there someone (besides the primary caregiver) who could help you? No (Skip to 112) Yes
 (Si es necesario, ¿hay alguien (además del cuidador primario) que lo pueda ayudar a usted?) (No) (Si)

111. Do I have your permission to contact this person, if you need help? No (Skip to 112) Yes
 (Si usted necesita ayuda, ¿tendría yo permiso de contactar a esta persona?) (No) (Si)

a. Name: (Nombre) _____ b. Relationship to client: (Relación al cliente) _____

c. Phone: (Teléfono) _____

About how often do you: (Cada cuánto o con qué frecuencia)	Once a day (Una vez al día)	Two to six times a week (Dos a seis veces a la semana)	Once a week (Una vez a la semana)	Several times a month (Varias veces al mes)	Every few months (Cada 4 o 5 meses)	A few times a year (Pocas veces al año)	Never (Nunca)
112. Talk to friends, relatives, or others (by phone, computer, or other means)? (¿Se comunica/habla con amigos, familiares, u otros (por teléfono, computador, u otros medios)?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Spend time with someone who does not live with you? (¿Pasa el tiempo con alguien que no vive con usted?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Participate in activities outside the home that interest you? (¿Participa en actividades que le interesan afuera de su casa/hogar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. CAREGIVER SECTION (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

ASSESSOR/CM: If client has no caregiver, stop the assessment here. If client has a caregiver, complete 115-136.

115. ASSESSOR/CM: HCE Caregiver? If yes, check:

116. Caregiver full name: (Nombre completo del cuidador[a])

a. First: (Nombre) _____

b. Middle Initial: (Inicial del segundo nombre) _____

c. Last: (Apellido) _____

117. Caregiver date of birth: (mm/dd/yyyy) (Fecha de nacimiento del cuidador[a]: (mes/día/año)) _____

118. ASSESSOR/CM: Caregiver identification number: _____

119. Caregiver sex: Male (Sexo del cuidador[a] (Masculino)) Female (Femenino)

120. Caregiver race (Mark all that apply): (Raza del cuidador[a] (Seleccione todas las que apliquen))

White (Blanco) Black/African American (Afroamericano) Asian (Asiático)

American Indian/ Alaska Native (Indígena Americano o de Alaska) Native Hawaiian/ Pacific Islander (Indígena de Hawái o del Pacífico) Other (Otra)

L. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

121. Caregiver ethnicity: Hispanic or Latino (Hispano/Latino) Other (Otra)
 (Etnicidad del cuidador)

122. Caregiver primary language: English (Inglés) Spanish (Español) Other: _____
 (Idioma principal del cuidador[a])

123. Caregiver relationship to client: (Relación del cuidador[a] al cliente)
 Wife (Esposa) Husband (Esposo) Partner (Compañero) Parent (Padre)
 Son/In-law (Hijo/Yerno) Daughter / In-law (Hija/Nuera) Other relative (Otro familiar) Other Non-relative (Otro no-familiar)

124. Caregiver address: (Dirección del cuidador[a])
 a. Street: _____ (Calle)
 b. City: _____ c. State: _____ d. ZIP code: _____ (Ciudad) (Estado) (Código postal)

125. Caregiver phone number: _____ (Teléfono del cuidador[a])

126. Do you work outside the home? No (No) Yes: Full-time (Tiempo completo) Part-time (Tiempo medio)
 (¿Trabaja usted afuera del hogar?) (Sí)

127. Do you currently have anyone to assist you with providing care? No (Skip to 129) (No) Yes (Sí)
 (¿Actualmente tiene usted alguien que lo puedo asistir en cuidar?)

128. Do I have your permission to contact this person if for some reason you are unable to provide care for the client? (¿Tengo su permiso para contactar o esta persona si por alguna razón usted no pudiera cuidar al cliente?)
 No (Skip to 129) (No) Yes, please provide the name and relationship to client: (Sí, por favor deme el nombre y la relación con el cliente)

a. First name: _____ b. Last name: _____ (Nombre) (Apellido)

c. Phone: _____ d. Relationship to client: Wife (Esposa) Husband (Esposo) Partner (Compañero)
 (Teléfono) (Relación al cliente)

Parent (Padre) Son / In- law (Hijo/Yerno) Daughter / In-law (Hija/Nuera) Other relative (Otro familiar) Other Non-relative (Otro no-familiar)

L. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

129. How long have you been providing care for this client? (¿Cuánto tiempo tiene de ayudar/cuidar al cliente?)
 Less than six months (Menos de seis meses)
 Six to twelve months (De seis a doce meses)
 One to two years (De uno a dos años)
 Two or more years (Dos o más años)

130. How many hours per week do you currently spend providing care for the client?
 (¿Cuántas horas a la semana invierte en el cuidado/ayuda al cliente?) # _____

131. Do you need training or assistance in performing caregiving tasks?
 (¿Necesita usted entrenamiento o ayuda para desempeñar sus tareas de cuidador[a]?)
 No (No) Yes, please describe: (Sí, por favor describa)

132. How much of a mental or emotional strain is it on you to provide care for the client?
 (¿Cuánta esfuerzo mental o emocional le causa cuidar/ayudar el cliente?)
 None (Ningún esfuerzo)
 Some strain (Algún esfuerzo)
 A lot of strain (Mucho esfuerzo)

133. Considering other aspects of your life, please rate the level of difficulty in your:
 (Teniendo en cuenta otros aspectos de su vida, por favor califique el nivel de dificultad en su)

	No difficulty (Sin dificultad)	Little difficulty (Poca dificultad)	Some difficulty (Alguna dificultad)	Moderate difficulty (Dificultad moderada)	A lot of difficulty (Mucha dificultad)
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

a. Relationship with client (Relación con el cliente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Relationship with family (Relación con la familia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Relationships with friends (Relaciones con amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Physical health (Salud física)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Finances (Finanzas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Functional abilities (Habilidades funcionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Employment (Trabajo/Empleo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Time for yourself to do the things you enjoy (Tiempo libre para hacer las cosas que usted disfruta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. How confident are you that you will have the ability to continue to provide care?
 (¿Cuál es su nivel de confianza en su habilidad de continuar cuidando/ayudando al cliente?)
 Very confident (Muy seguro)
 Somewhat confident (Algo seguro)
 Not very confident (No muy seguro)

a. What is the main reason you may be unable to continue to provide care?
 (¿Cuál es la razón principal por la que no podría continuar cuidando/ayudando al cliente?)

135. Assessor/CM: Is the caregiver in crisis?
 No Yes; check all that apply:
 Financial Emotional Physical

L. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

136. Ask the caregiver to answer the following about the client. (An answer of "Yes, a change" indicates that there has been a change in the last year caused by thinking and memory problems.) (Una respuesta de "Sí, hubo cambio" indica que ha habido un cambio en el último año causado por problemas de memoria o juicio.)	Yes, a change (Sí, hubo cambio)	No Change (No hubo cambio)	Don't know or N/A (No lo sé/N/A)
a. Problems with judgment (problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking) (Problemas de juicio (problemas tomando decisiones, malas decisiones financieras, problemas pensando))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Less interest in hobbies/activities (Menor interés en actividades o pasatiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements) (Repite las mismas cosas una y otra vez (preguntas, historias, o declaraciones))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Trouble learning how to use a tool, appliance, or gadget (TV, radio, microwave, remote control) (Dificultad aprendiendo como usar una herramienta, electrodoméstico, o un aparato (Televisión, radio, horno microondas, control remoto))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forgets the correct month or year (Se le olvida el mes o año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trouble handling complicated financial affairs (balancing checkbook, income taxes, paying bills) (Dificultad manejando asuntos financieros complicados (balanceando la cuenta de cheques, haciendo sus impuestos/ pagando las cuentas))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble remembering appointments (Dificultad recordando citas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Daily problems with thinking or memory (Problemas diarios de memoria o juicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adapted from the "Eight-item Informant Interview to Differentiate Aging and Dementia," a copyrighted instrument of Washington University, St. Louis, Missouri. Copyright 2005. All rights reserved.

Notes & Summary:

[This page is intentionally left blank]

WHY ARE WE COLLECTING YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER?

We are required to explain that your Social Security number is being collected pursuant to Title 42 Code of Federal Regulations, Section 435.910, to be used for screening and referral to programs or services that may be appropriate for you.

The provision of your Social Security number is voluntary, and your information will remain confidential and protected under penalty of law. We will not use or give out your Social Security number for any other reason unless you have signed a separate consent form that releases us to do so.

¿POR QUÉ ESTAMOS PIDIENDO SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?

Nosotros tenemos la obligación de explicarle que estamos pidiendo su número de Seguro Social conforme al Capítulo 42 del Código de Regulación Federal, Sección 435.910, para identificarlo y para referirlo a programas o servicios que pueden ser adecuados para usted.

La provisión de su número de Seguro Social es voluntaria, y su información permanecerá confidencial y será protegida bajo pena de ley. Nosotros no utilizaremos o divulgaremos su número de Seguro Social por ninguna otra razón, a menos de que usted firme un permiso que nos permita hacerlo.