

Florida Department of Elder Affairs

(Departamento de las Personas Mayores)

701S Screening Form

(Formulario de Evaluación 701S)

Rule (Regla): 58-A-1.010, F.A.C.

Provider ID: _____ Provider Screener ID: _____

Screener Name: _____ Signature: _____

1. **SCREENER: What is the purpose of this assessment?**

☐ Initial ☐ Annual ☐ Health ☐ Living situation ☐ Caregiver ☐ Environment ☐ Income

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

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.

(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)

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)

<input type="checkbox"/> White (Blanco)	<input type="checkbox"/> Black/African American (Afroamericano)	<input type="checkbox"/> Asian (Asiático)
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (Indígena Americano o de Alaska)	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena de Hawái o del Pacífico)	<input type="checkbox"/> 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)

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

13. **SCREENER: 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 de la Institución): _____

14. Home Address (If different from current physical location)

(Dirección del domicilio (Si es diferente de la dirección del domicilio actual))

a. Street: (Calle) _____

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

15. Mailing Address (If different from current physical location):

(Dirección de correo (Si es diferente de la dirección de la ubicación actual))

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

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

16. **SCREENER: Assessment date:** (mm/dd/yyyy) _____

17. **SCREENER: Referral date:** (mm/dd/yyyy) _____

18. **SCREENER: 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

19. **SCREENER: Transitioning out of a nursing facility?** ☐ No ☐ Yes

20. **SCREENER: Imminent risk of nursing home placement?** ☐ No ☐ Yes

21. Is there a primary caregiver? (¿Tiene usted un cuidador principal?) ☐ No (No) ☐ Yes (Sí)

22. Living situation: ☐ With primary caregiver (Con su cuidador principal) ☐ With other caregiver (Con otro cuidador) ☐ With other (Con otro) ☐ Alone (Solo[a])

23. Individual monthly income: \$ _____ ☐ Refused (Declinó responder)

24. Couple monthly income: \$ _____ ☐ Refused (Declinó responder) ☐ N/A

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

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

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

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

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

27. Are you receiving S/NAP (food stamps)? (¿Recibe cupones para alimentos (SNAP en inglés)?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
28. Do you need other assistance for food? (¿Necesita usted otra ayuda para alimentos?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
29. SCREENER: Is someone besides the client providing answers to questions?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
30. How would you rate your overall health at this time? (¿Cómo calificaría su salud general en este momento?)	<input type="checkbox"/> Excellent (Excelente) <input type="checkbox"/> Very good (Muy buena) <input type="checkbox"/> Good (Buena) <input type="checkbox"/> Fair (Regular) <input type="checkbox"/> Poor (Mala)	
31. Compared to a year ago, how would you rate your health? (¿En comparación a hace un año, cómo calificaría su salud?)	<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)	
32. 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?)	<input type="checkbox"/> Never (Nunca) <input type="checkbox"/> Occasionally (Ocasionalmente) <input type="checkbox"/> Often (Con frecuencia) <input type="checkbox"/> All of the time (Todo el tiempo)	
33. When you need medical care, how often do you get it? (¿Cuándo usted necesita atención médica, cada cuánto la recibe?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre) <input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría del tiempo) <input type="checkbox"/> Rarely (Raramente) <input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) <input type="checkbox"/> Never (Nunca)	
34. When you need transportation to medical care, how often do you get it? (¿Cuando usted necesita transporte para atención médica, cada cuánto lo consigue?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre) <input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría del tiempo) <input type="checkbox"/> Rarely (Raramente) <input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) <input type="checkbox"/> Never (Nunca)	
35. 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?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre) <input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría del tiempo) <input type="checkbox"/> Rarely (Raramente) <input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) <input type="checkbox"/> Never (Nunca)	
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? (¿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?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
37. 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?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

38. How much assistance do you need with the following tasks?

(¿Cuánta ayuda necesita 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"/>

39. How much assistance do you have with the following tasks?

(¿Cuánta ayuda tiene 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:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

40. How much assistance do you need with the following tasks?

(¿Cuánta ayuda necesita 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"/>

41. How much assistance do you have with the following tasks?

(¿Cuánta ayuda tiene 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"/>

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

42. 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?)

SCREENER: 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)

¹ Insuficiencia Cardíaca Congestiva

² Infarto Miocardio

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

Past	Current	Health Conditions
<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 (Sí)
<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 (Híper) <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

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

43. 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:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

44. Caregiver full name:
(Nombre completo del cuidador[a]) a. First: (Nombre) _____
b. Middle Initial: _____ c. Last: (Apellido) _____
(Inicial del segundo nombre)

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

46. 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 al cliente?)
☐ None ☐ Some strain ☐ A lot of strain
(Ningún esfuerzo) (Algún esfuerzo) (Mucho esfuerzo)

47. Considering other aspects of your life, please rate the level of difficulty in your physical health:
(Teniendo en cuenta otros aspectos de su vida, por favor califique el nivel de dificultad en su salud física:)
☐ No difficulty ☐ Little difficulty ☐ Some difficulty ☐ Moderate difficulty ☐ A lot of difficulty
(Ninguna dificultad) (Poca dificultad) (Alguna dificultad) (Dificultad moderada) (Mucha dificultad)

48. 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 (Skip to 49) ☐ Somewhat confident (Skip to 49) ☐ Not very confident
(Muy seguro) (Algo seguro) (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?) _____

49. **SCREENER: Is the caregiver in crisis?**

☐ No ☐ Yes; check all that apply:
☐ Financial ☐ Emotional ☐ Physical

NUTRITION SECTION (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

50. Do you usually eat at least two meals a day?
(¿Consume usted al menos dos comidas al día?) ☐ No (No) ☐ Yes (Sí)

51. Do you eat alone most of the time?
(¿Come usted solo la mayoría del tiempo?) ☐ No (No) ☐ Yes (Sí)

52. 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 un pequeña pieza de fruta o vegetales, aproximadamente media taza de fruta o vegetal(es) picados/cortados, o medio vaso de jugo de fruta o vegetales.)) # _____

53. 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.)) # _____

NUTRITION SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

54. Have you lost or gained weight in the last few months? ☐ Unsure (*Skip to 55*) ☐ No (*Skip to 55*) ☐ Yes
(¿Ha ganado o perdido peso en los últimos meses?) (Incierto) (No) (Sí)
- a. How much? ☐ Less than five pounds ☐ Five to ten pounds ☐ Ten pounds or more
(¿Cuánto peso?) (Menos de cinco lbs.) (De cinco a diez lbs.) (Diez lbs. o más)
- b. Was the weight loss/gain on purpose (*i.e., dieting or trying to lose/gain weight*)? ☐ No ☐ Yes
(¿Gano o perdió peso a propósito? (*e.g. haciendo dieta*)) (No) (Sí)
55. Are you on a special diet(s) for medical reasons? ☐ No (*Skip to 56*) ☐ Yes; check any/all:
(¿Está haciendo usted una dieta especial por razones de salud?) (No) (Sí; seleccione las que apliquen)
- ☐ Calorie supplement ☐ Low fat/cholesterol ☐ Low salt/sodium ☐ Low sugar/carb ☐ Other
(Suplemento de calorías) (Baja grasa/colesterol) (Baja sal/sodio) (Baja azúcar/carbohidratos) (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?) _____
56. Do you have any problems that make it hard for you to chew or swallow? ☐ No ☐ Yes; check any/all:
(¿Tiene usted problemas que le hacen difícil masticar o tragar?) (No) (Sí; seleccione las que apliquen)
- ☐ Mouth/tooth/dentures ☐ Pain or difficulty swallowing ☐ Taste ☐ Nausea
(Boca/dientes/dentadura postiza) (Dolor o dificultad al tragar) (Sabor) (Náusea/Mareo)
- ☐ Saliva production ☐ Other, describe: _____
(Producción de saliva) (Otra, descríbalos)
57. Do you take three or more prescribed or over-the-counter medications a day? ☐ No (No) ☐ Yes (Sí)
(¿Toma usted tres o más medicamentos con o sin receta al día?)
58. How many days in a typical week do you drink alcohol?
(Típicamente, ¿Cuántos días a la semana consume usted alcohol?)
- ☐ Refused (*Skip a-b*) ☐ None (*Skip a-b*) ☐ 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 b*) ☐ 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?
(Aproximadamente, ¿en cuántas ocasiones en el último mes ha consumido usted cuatro o más bebidas en un día?)
- ☐ None (Ninguna) ☐ One to two ☐ Three to five ☐ Six or more
(Una o dos) (De tres a cinco) (Seis o más)

Notes & Summary: