

Florida Department of Elder Affairs

(Departamento del Adulto Mayor de Florida)

701A Condensed Assessment

(Evaluación Integral 701A)

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

Provider ID: _____

Provider Assessor/CM ID: _____

Assessor/Case Manager (CM) Name: _____

Signature: _____

A. DEMOGRAPHIC SECTION (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

1. ASSESSOR/CM: What is the purpose of this assessment? ¿Cuál es el propósito de esta evaluación?							
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Annual	<input type="checkbox"/> Health	<input type="checkbox"/> Living situation	<input type="checkbox"/> Caregiver	<input type="checkbox"/> Environment	<input type="checkbox"/> 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 (mm/dd/aaaa)) _____							
7. Sex: (Sexo)		<input type="checkbox"/> Male (Masculino)	<input type="checkbox"/> Female (Femenino)				
8. Race (Mark all that apply): (Raza, seleccione todas las opciones que correspondan)		<input type="checkbox"/> White (Blanca)	<input type="checkbox"/> Black/African American (Negra/Afroamericana)	<input type="checkbox"/> Asian (Asiática)			
		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (India americana o nativo de Alaska)	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico)	<input type="checkbox"/> Other (Otra)			
9. Ethnicity: (Origen étnico)		<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano o latino)	<input type="checkbox"/> Other (Otro)				
10. Primary language: (Lengua materna)		<input type="checkbox"/> English (inglés)	<input type="checkbox"/> Spanish (español)	<input type="checkbox"/> Other: _____ (otro)			
11. Does client have limited ability reading, writing, speaking, or understanding English? (¿El cliente tiene una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o comprender el inglés?)				<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)		
12. Marital status: (Estado civil)		<input type="checkbox"/> Married (Casado/a)	<input type="checkbox"/> Partnered (En pareja)	<input type="checkbox"/> Single (Soltero/a)	<input type="checkbox"/> Separated (Separado/a)	<input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado/a)	<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> Private residence (vivienda privada)	<input type="checkbox"/> Assisted living facility (ALF) (residencia asistida para adultos mayores)	<input type="checkbox"/> Nursing facility (asilo de ancianos)			
		<input type="checkbox"/> Hospital (hospital)	<input type="checkbox"/> Adult day care (Centro de cuidado para adultos)	<input type="checkbox"/> Other (Otro)			
e. Name: (Nombre) _____							

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

A. DEMOGRAPHIC SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

14. Home Address (If different from current physical location) (Dirección del domicilio (Si es diferente de la dirección actual))			
a. Street: (Calle) _____		c. ZIP code: (Código postal) _____	
b. City: (Ciudad) _____		c. ZIP code: (Código postal) _____	
15. Is client's home address public housing? (¿La dirección del cliente es vivienda pública?)		<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
16. Mailing Address (If different from current physical location) (Dirección postal (Si es diferente 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:			
<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> ALF	<input type="checkbox"/> Nursing facility	<input type="checkbox"/> Hospital
		<input type="checkbox"/> Adult day care	<input type="checkbox"/> Other
19. ASSESSOR/CM: Referral date:(mm/dd/yyyy) _____			
20. ASSESSOR/CM: Referral source:			
<input type="checkbox"/> CARES	<input type="checkbox"/> Aging out	<input type="checkbox"/> Self/Family	<input type="checkbox"/> Nursing facility
<input type="checkbox"/> APS: Select level of APS risk:	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Department of Children and Families	<input type="checkbox"/> Case management agency
<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Other
21. ASSESSOR/CM: Transitioning out of a nursing facility?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
22. ASSESSOR/CM: Imminent risk of nursing home placement?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
23. Are you enrolled on a special needs registry? (¿Está inscrito en un registro para personas con necesidades especiales?)		<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
24. Is there a primary caregiver? (¿Tiene un cuidador principal?)		<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)
25. Living situation: (Situación de vivienda)			
<input type="checkbox"/> With primary caregiver (Con su cuidador principal)	<input type="checkbox"/> With other caregiver (Con otro cuidador)	<input type="checkbox"/> With other (Con otro)	<input type="checkbox"/> Alone (Solo/a)
26. Individual monthly income: (Ingresos mensuales personales)		<input type="checkbox"/> Refused (Se niega a responder)	
_____ \$			
27. Couple monthly income: (Ingresos mensuales del matrimonio)		<input type="checkbox"/> Refused (Se niega a responder)	<input type="checkbox"/> N/A
_____ \$			
28. Estimated total individual assets: (Valor estimado de bienes personales)			
_____ \$			
<input type="checkbox"/> \$0 to \$2,000 (\$0 a \$2,000)	<input type="checkbox"/> \$2,001 to \$5,000 (\$2,001 a \$5,000)	<input type="checkbox"/> \$5,001 or more (\$5,001 o más)	<input type="checkbox"/> Refused (Se niega a responder)

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

29. Estimated total couple assets:
(Valor estimado de bienes del matrimonio)

\$ _____

\$0 to \$3,000 \$3,001 to \$6,000 \$6,001 or more Refused N/A

30. Are you receiving SNAP (food stamps)?
(¿Recibe cupones para alimentos (SNAP)?) No (No) Yes (Si)

31. Do you need other assistance for food?
(¿Necesita otra ayuda alimentaria?) No (No) Yes (Si)

32. **ASSESSOR/CM: Is someone besides the client providing answers to questions?** No (Skip to 34) Yes

a. Name (Nombre): _____ b. Relationship (Relación con el cliente): _____

33. Besides your own children, how many children under age 19 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 35)
(Aparte de sus propios hijos, ¿cuántas personas menores de 19 años que viven con usted tiene a cargo? (si la respuesta es cero, continúe con la pregunta 35)) # _____

a. How many are grandchildren?
(¿Cuántos son nietos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

b. How many are other related children?
(¿Cuántos niños son otros familiares suyos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

c. How many are other non-related children?
(¿Cuántos niños no son familiares suyos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

34. How many disabled adults age 19 to 59 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 36)
(¿Cuántos adultos con discapacidad entre las edades de 19 y 59 tiene a su cargo y viven con usted? (si la respuesta es cero, continúe con la pregunta 36)) # _____

a. How many are grandchildren?
(¿Cuántos son nietos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

b. How many are other relatives?
(¿Cuántos son otros familiares suyos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

c. How many are other non-relatives?
(¿Cuántos no son familiares suyos?) # _____ Name(s): (Nombres) _____

Notes & Summary:

B. MEMORY SECTION (SECCIÓN ACERCA DE LA MEMORIA)

35. 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? (¿Su médico u otro profesional de la salud le ha dicho que padece de pérdida de la memoria, discapacidad cognitiva, enfermedad de Alzheimer, o algún tipo de demencia?) No (No) Yes (Si)

36. Have you become concerned about your memory or had problems remembering important things? (¿Está preocupado por su memoria, o ha tenido problemas para recordar asuntos o cosas importantes?) No (No) Yes (Si)

C. GENERAL HEALTH, SENSORY & COMMUNICATION SECTION

37. How would you rate your overall health at this time?
 (¿Cómo calificaría su salud general en este momento?)

Excellent (Excelente) Very Good (Muy buena) Good (Buena) Fair Regular (Regular) Poor (Mala)

38. Compared to a year ago, how would you rate your health? (En comparación con el año anterior, ¿cómo calificaría su salud?)

Much better (Mucho mejor) Better (Mejor) About the same (Casi igual) Worse (Peor) Much worse (Mucho peor)

39. How many times have you fallen in the last six months? (¿Cuántas veces se ha caído en los últimos seis meses?)

40. How often are there things you want to do but cannot because of physical problems?
 (¿Con qué frecuencia le gustaría hacer cosas o actividades, pero no puede debido a problemas físicos?)

Never (Nunca) Occasionally (Ocasionalmente) Often (Frecuentemente) All of the time (Todo el tiempo)

41. When you need medical care, how often do you get it?
 (¿Con qué frecuencia recibe atención médica cuando la necesita?)

Always (Siempre) Most of the time (La mayoría de las veces) Rarely (Raramente) Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) Never (Nunca)

42. When you need transportation to medical care, how often do you get it?
 (Cuando necesita transporte para su atención médica, ¿con qué frecuencia lo consigue?)

Always (Siempre) Most of the time (La mayoría de las veces) Rarely (Raramente) Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) Never (Nunca)

43. How often do finances/insurance allow you to obtain health care and medications when you need them?
 (¿Con qué frecuencia sus finanzas o seguro médico le permite obtener atención médica y medicamentos cuando los necesita?)

Always (Siempre) Most of the time (La mayoría de las veces) Rarely (Raramente) Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia) Never (Nunca)

44. Have you visited the emergency room (ER) or been admitted to the hospital within the last year?
 (¿Ha estado en la sala de emergencias o ha sido hospitalizado durante el último año?)

No (No) Yes: (Sí) How many times? (¿Cuántas veces?) ER# _____ Hospital # _____

45. In the last year were you in a nursing or rehabilitation facility?
 (¿En el último año ha estado en un asilo para adultos mayores o en un centro de rehabilitación?)

No (No) Yes (Sí)

Notes & Summary:

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

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

(¿Cuánta ayuda **necesita** con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Uses assistive device (Usa un aparato de ayuda)	Needs supervision or prompt (Necesita supervisión)	Needs assistance – but not total help (Necesita asistencia, pero no del todo)	Needs total assistance – cannot do at all (Necesita ayuda total. No puede hacerlo en absoluto)
a. Bathing (Bañarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dressing (Vestirse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Eating (Comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Using the bathroom (Usar el baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Transferring (Desplazarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Walking/Mobility (Caminar o movilizarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(¿Cuánta ayuda **recibe** con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Always has assistance (Siempre recibe ayuda)	Has assistance most of the time (Casi siempre recibe ayuda)	Rarely has assistance (Raramente recibe ayuda)	Never has assistance (Nunca recibe ayuda)
a. Bathing (Bañarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dressing (Vestirse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Eating (Comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Using the bathroom (Usar el baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Transferring (Desplazarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Walking/Mobility (Caminar/ Movilizarse)	<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 FUNDAMENTALES)

48. How much assistance do you need with the following tasks?
 (¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Uses assistive device (Usa un aparato de ayuda)	Needs supervision or prompt (Necesita supervisión)	Needs assistance – but not total help (Necesita asistencia, pero no del todo)	Needs total assistance – cannot do at all (Necesita total ayuda. No puede hacerlo en absoluto)
a. Heavy chores (Tareas pesadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Light housekeeping (Limpieza ligera del hogar)	<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 (Administración del dinero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preparing meals (Preparación de comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Shopping (Compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Managing medication (Manejo de medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Using transportation (Uso de transporte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. How much assistance do you have with the following tasks?
 (¿Cuánta ayuda recibe con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Always has assistance (Siempre recibe ayuda)	Has assistance most of the time (Casi siempre recibe ayuda)	Rarely has assistance (Raramente recibe ayuda)	Never has assistance (Nunca recibe ayuda)
a. Heavy chores (Tareas pesadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Light housekeeping (Limpieza ligera del hogar)	<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 (Administración del dinero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Preparing meals (Preparación de comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Shopping (Compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Managing medication (Manejo de medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Using transportation (Uso de transporte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

(¿Le ha dicho un médico que sufre alguno de los siguientes problemas de salud?)

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 (Actual)	Health Conditions (Problemas de salud)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acid reflux/GERD (Reflujo gastroesofágico (acidez estomacal))				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies, list: (Alergias. Anotar:)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation, site: (Amputación. Sitio:)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (Anemia)	<input type="checkbox"/> Severe (Grave)	<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: (Escaras o llagas, sitio:)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood pressure (Presión sanguínea)	<input type="checkbox"/> High (Alta)		<input type="checkbox"/> Low (Baja)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broken bones/fractures, location: (Huesos rotos o fracturas, 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 (Inusual)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia (Fibromialgia)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallbladder (Vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Removal (Extirpada)	<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 (Traumatismo de 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/Verrugas genitales)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence, bladder (Incontinencia urinaria)	<input type="checkbox"/> Constant (Constante)	<input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente)	<input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional)	<input type="checkbox"/> Rare (Inusual)

¹ Insuficiencia cardiaca congestiva

¹ Infarto de miocardio

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

Past	Current	Health Conditions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence, bowel (Incontinencia intestinal/fecal) <input type="checkbox"/> Constant (Constante) <input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente) <input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional) <input type="checkbox"/> Rare (Inusual)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney problems or renal disease (Problemas del riñón o insuficiencia renal) End stage? (¿Etapa terminal?) <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Yes (Sí)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver problems (Problemas hepáticos) <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 o culebrilla)
<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/Mixedema/Enfermedad de Graves (hipertiroidismo)) <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:(Otros)

³ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

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

51. Provide information on the frequency of current therapies or specialty care:
(Brinde información acerca de la frecuencia de terapias o atención médica especializada que 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 (Diario)	Several times a day (Varias veces al día)
a. Bladder/bowel treatment (Tratamiento de vejiga o 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 (Ayuda con la 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 o 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 o 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 (Servicios de 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 o limpieza de lesiones)	<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: 701A Condensed Assessment

G. MENTAL HEALTH SECTION (SECCIÓN DE SALUD MENTAL)

ASSESSOR/CM: If the client is not answering questions, skip to Question 81 and check:

52. How satisfied are you with your overall quality of life?
(¿Se siente satisfecho con su calidad de vida?)

Very satisfied (Muy satisfecho) Satisfied (Satisfecho)

Neither satisfied nor dissatisfied (Ni satisfecho ni insatisfecho) Dissatisfied (Insatisfecho) Very dissatisfied (Muy insatisfecho)

53. Thinking about how you were this time last year, how do you feel about the way things are now?
(Teniendo en cuenta como estaba hace un año, ¿cómo se siente sobre el estado actual de las cosas en general?)

Much better (Mucho mejor) Better (Mejor) About the same (Igual) Worse (Peor) Much worse (Mucho peor)

54. Have you been diagnosed with a mental condition or psychiatric disorder by a health professional?
(¿Algún médico le ha diagnosticado una enfermedad mental o un trastorno psiquiátrico?)

No (Skip to 82) (No) Yes: (Sí) *List conditions: (Anote las enfermedades)*

55. **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 (Problemas de conducta)	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 se confunde fácilmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gets lost or wanders off (Se pierde o deambula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Easily agitated or disruptive (Se altera o perturba fácilmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sexually inappropriate (Comportamiento sexual inapropiado)	<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* (Físicamente agresivo o violento)	<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 a si mismo intencionalmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Expresses suicidal feelings or plans* (Expresa planes o pensamientos suicidas)	<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 donde no las hay)	<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.

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

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

H. NUTRITION SECTION (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

57. Do you usually eat at least two meals a day?
(¿Consumes por lo menos dos comidas al día?) No (No) Yes (Sí)

58. Do you eat alone most of the time?
(¿Come solo la mayoría de las veces?) No (No) Yes (Sí)

59. 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 al día?) _____ #

a. Do you ever limit the amount of fluids you drink?
(¿Alguna vez ha limitado la cantidad de líquidos que bebe?) No (Skip to 91) Yes
(No) (Sí)

60. 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 general, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales come diariamente? (Una «porción» es una parte pequeña de fruta o vegetales, aproximadamente media taza de fruta o vegetales picados, o medio vaso de jugo de fruta o vegetales). _____ #

61. 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 general, ¿cuántas porciones de productos lácteos consume diariamente? (Una «porción» de productos lácteos es aproximadamente una rodaja de queso, una taza de yogurt o de leche, o un sustituto lácteo). _____ #

62. Estimate your current height and weight:
(Aproximadamente, ¿cuál es su estatura y su peso?) Height: _____ ft. _____ inches (Estatura) (pies) (pulgadas) Weight: _____ lbs. (Peso)

63. Have you lost or gained weight in the last few months?
(¿Ha subido o bajado de peso en los últimos meses?) Unsure (Skip to 95) No (Skip to 95) Yes
(No está seguro) (No) (Sí)

a. How much?
(¿Cuánto?) Less than five pounds (Menos de cinco lbs.) Five to ten pounds (De cinco a diez lbs.) Ten pounds or more (Diez lbs. o más)

b. Was the weight loss/gain on purpose (i.e., dieting or trying to lose/gain weight)?
(¿Subió o bajó de peso intencionalmente? (por ejemplo, haciendo dieta)) No (No) Yes (Sí)

64. Are you on a special diet(s) for medical reasons?
(¿Está haciendo una dieta especial por motivos de salud?) No (Skip to 96) Yes; check any/all:
(No) (Sí; seleccione las que correspondan)

Low fat/cholesterol (Bajo en grasa/colesterol) Low salt/sodium (Bajo en sal/sodio) Low sugar/carb (Bajo en azúcar/carbohidratos) Other (Otra)

a. How long have you been on this diet? (¿Hace cuánto tiempo ha estado en esta dieta?) _____

b. Why are you on this diet? (¿Por qué está haciendo esta dieta?) _____

65. Do you have any problems that make it hard for you to chew or swallow?
(¿Tiene problemas para masticar o tragar?) No (No)

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

Saliva production (Secreción de saliva) Taste (Sabor) Nausea (Náusea)

Other, describe: (Otros, descríbalos) _____

H. NUTRITION SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

66. What working appliances do you have for storing/preparing food?

(¿Qué electrodomésticos (que funcionen) tiene para guardar o preparar comida?)

- None (Ninguno) Refrigerator (Refrigerador/nevera) Microwave (Horno microondas) Toaster/Oven (Horno común/tostador) Stove (Cocina)
- Other: (Otros) _____

67. Do you take three or more prescribed or over-the-counter medications a day?

(¿Usted toma diariamente tres o más medicamentos con o sin receta?)

- No (No) Yes (Sí)

68. How many days in a typical week do you drink alcohol?

(¿Cuántos días a la semana normalmente consume alcohol?)

- Refused (Skip to 108) (Se niega a responder) None (Skip to 108) (Ningún día) One to two (Uno o dos) Three to five (De tres a cinco) Six to seven (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 consume alcohol, ¿cuántas copas consume por lo general?)

- One to two (Skip to 108) (Una o dos) Three to five (De tres a cinco) Six or more (Seis o más)

b. About how many times in the last month have you had four or more drinks in a day?

(¿Cuántas veces ha consumido cuatro o más bebidas en un día en el último mes?)

- None (Ninguna) One to two (Una o dos) Three to five (De tres a cinco) Six or more (Seis o más)

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

I. SOCIAL RESOURCES SECTION (SECCIÓN DE RECURSOS SOCIALES)

69. If needed, is there someone (besides the primary caregiver) who could help you? No (Skip to 112) Yes
 (En caso necesario, ¿hay alguien (además de su principal cuidador) que le pueda ayudar?) (No) (Sí)

70. Do I have your permission to contact this person, if you need help? No (Skip to 112) Yes
 (¿Me da su permiso para contactar a esta persona en el caso de que usted necesite ayuda?) (No) (Sí)

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

c. Phone: (Teléfono) _____

J. CAREGIVER SECTION (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

ASSESSOR/CM: If client has no caregiver, stop the assessment here. Otherwise, complete 71-86.

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

72. Caregiver full name: _____ a. First: _____
 (Nombre completo del cuidador) (Nombre)

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

73. Caregiver date of birth: (mm/dd/yyyy) _____
 (Fecha de nacimiento del cuidador: (mm/dd/aaaa))

74. **ASSESSOR/CM: Caregiver identification number:** _____

75. Caregiver sex: Male Female
 (Sexo del cuidador) (Masculino) (Femenino)

76. Caregiver race (Mark all that apply): _____
 (Raza del cuidador (Seleccione todas las que correspondan))

White Black/African American Asian
 (Blanca) (Negra/Afroamericana) (Asiática)

American Indian/ Alaska Native Native Hawaiian/ Pacific Islander Other
 (Indio americano o nativo de Alaska) (Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico) (Otra)

77. Caregiver ethnicity: _____
 (Origen étnico del cuidador)

Hispanic or Latino Other
 (Hispano o latino) (Otro)

78. Caregiver primary language: _____
 (Lengua materna del cuidador)

English Spanish Other: _____
 (inglés) (español) (Otro)

79. Caregiver relationship to client: _____
 (Relación del cuidador con el cliente)

Wife Husband Partner Parent
 (Esposa) (Esposo) (Pareja) (Padre o madre)

Son/In-law Daughter / In-law Other relative Other Non-relative
 (Hijo/Yerno) (Hija/Nuera) (Otro familiar) (Otro persona que no tenga parentesco)

80. Caregiver address: (Dirección del cuidador)

a. Street: _____
 (Calle)

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

J. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

81. Caregiver phone number: _____
(Teléfono del cuidador)

82. How much of a mental or emotional strain is it on you to provide care for the client?
(¿Cuánta tensión mental o emocional le causa cuidar al cliente?)

None (Ninguna tensión) Some strain (Algo de tensión) A lot of strain (Mucho tensión)

83. Considering other aspects of your life, please rate the level of difficulty in your:
(Teniendo en cuenta otros aspectos de su vida, califique el grado de dificultad en su:

	No difficulty (No hay dificultad)	Little difficulty (Poca dificultad)	Some difficulty (Algo de 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)	<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 para usted mismo para hacer las cosas que disfruta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. How confident are you that you will have the ability to continue to provide care?
(¿Qué tan seguro está de poder continuar proporcionando cuidados?)

Very confident (Skip to 135) Somewhat confident (Skip to 135) Not very confident
(Muy seguro) (Relativamente 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 brindando cuidados?)

85. Assessor/CM: Is the caregiver in crisis? No Yes; check all that apply:

Financial Emotional Physical

Florida Department of Elder Affairs: 701A Condensed Assessment

J. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

86. 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.) (Si el cuidador responde: «Sí, hubo cambio» indica que ha habido un cambio en el último año causado por problemas de memoria).	Yes, a change (Sí, hubo cambio)	No Change (No hubo cambio)	Don't know or N/A (No lo sé o N/C)
a. Problems with judgment (problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking) (Problemas de juicio (problemas para tomar decisiones, malas decisiones financieras, problemas de razonamiento))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements) (Repite las mismas cosas una y otra vez (preguntas, historias o expresiones))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Daily problems with thinking or memory (Problemas de memoria o razonamiento diariamente)	<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 LE PEDIMOS SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?

Tenemos la obligación de explicarle que su número de Seguro Social se recauda conforme al Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Sección 435.910, para utilizarse en la investigación y recomendación de programas o servicios que puedan ser apropiados para usted.

La entrega de su número de Seguro Social es voluntaria. Su información se mantendrá confidencial y será protegida según lo establece la ley. No utilizaremos ni divulgaremos su número de Seguro Social por ninguna otra razón, a menos que usted firme un permiso que nos autorice hacerlo.