

Florida Department of Elder Affairs
 (Departamento del Adulto Mayor de Florida)
 701B Comprehensive Assessment
 (Evaluación Integral 701B)
 Rule (Norma): 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?** ¿Cuál es el propósito de esta evaluación?
 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 (mm/dd/aaaa)) _____

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

8. Race (Mark all that apply): (Raza, seleccione todas las opciones que correspondan)
 White (Blanca) Black/African American (Negra/Afroamericana) Asian (Asiática)
 American Indian/Alaska Native (India americana o nativo de Alaska) Native Hawaiian/Pacific Islander (Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico) Other (Otra)

9. Ethnicity: (Origen étnico) Hispanic/Latino (Hispano o latino) Other (Otro)

10. Primary language: (Lengua materna) English (inglés) Spanish (español) Other: _____

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?) No (No) Yes (Sí)

12. Marital status: Married (Casado/a) Partnered (En pareja) 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 (vivienda privada) Assisted living facility (ALF) (residencia asistida para adultos mayores) Nursing facility (asilo de ancianos)
 Hospital (hospital) Adult day care (Centro de cuidado 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 actual))

a. Street: (Calle) _____

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

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

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:
 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 ayuda para evacuar en caso de emergencia?) No (No) Yes (Si)

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

25. Is there a primary caregiver?
(¿Tiene 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 mensuales personales) \$ _____ Refused
(Se niega a responder)

28. Couple monthly income:
(Ingresos mensuales del matrimonio) \$ _____ Refused N/A
(Se niega a 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) (Se niega a responder)

30. 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
(\$0 a \$3,000) (\$3,001 a \$6,000) (\$6,001 o más) (Se niega a responder)

A. DEMOGRAPHIC SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEMOGRÁFICA)

31. Are you receiving SNAP (food stamps)? (¿Recibe cupones para alimentos (SNAP)?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)
32. Do you need other assistance for food? (¿Necesita otra ayuda alimentaria?)	<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 con el 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) (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) _____
35. 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)

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

37. **ASSESSOR/CM: If the client is not answering questions, skip to Question 47 and check:**
 (Si el cliente no está respondiendo las preguntas, marque la casilla y continúe con la pregunta 47)

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 que usted tiene que recordar. 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 me podría decir las tres palabras que dije»).

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. Más adelante le pediré que me las repita nuevamente»)

39. Please tell me what year it is: Correct Missed by one year Missed by two to five years
 (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
 (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
 (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
 (¿Alguno 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 preocupado por su memoria, o ha tenido problemas para recordar asuntos o cosas importantes?) (No) (Si)

46. How often do you have problems remembering things?
 (¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar las cosas?)
 Always Often Sometimes Rarely Don’t know
 (Siempre) (Frecuentemente) (Algunas veces) (Raramente) (No lo sé)

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

Notes & Summary:

C. GENERAL HEALTH, SENSORY & COMMUNICATION SECTION

(SECCIÓN ACERCA DEL ESTADO SENSORIAL, COMUNICATIVO Y DE SALUD EN GENERAL)

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

49. 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)

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

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

52. 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)

53. 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)

54. 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)

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

56. 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)

57. 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 # _____

58. 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)

59. Are you usually able to climb two or three stair steps?
 (¿Puede subir dos o tres escalones normalmente?) 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 llevar con normalidad un vaso lleno con agua de un lado a otro de la habitación sin derramar?) No (No) Yes (Sí) Don't know (No lo sé)

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> 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"/>
69. ASSESSOR/CM: Is there an unmet need for an ADL assistive device?				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
If yes, type(s) needed: _____					
70. How much assistance do you <u>have</u> with the following tasks? (¿Cuánta ayuda <u>recibe</u> 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)

71. 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"/>

72. **ASSESSOR/CM: Is there an unmet need for an IADL assistive device?** No Yes
If yes, type(s) needed: _____

73. 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)

74. 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)
<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)

¹ Insuficiencia cardiaca congestiva

² Infarto de miocardio

Florida Department of Elder Affairs: 701B Comprehensive Assessment

Kidney problems or renal disease End stage? No Yes
 (Problemas del riñón o insuficiencia renal) (¿Etapa terminal?) (No) (Si)

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

Past	Current	Health Conditions
<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 (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:(Otros)

Notes & Summary:

³ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

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

75. 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:

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? (¿Se siente satisfecho con su calidad de vida?)	<input type="checkbox"/> Very satisfied (Muy satisfecho)	<input type="checkbox"/> Satisfied (Satisfecho)		
	<input type="checkbox"/> Neither satisfied nor dissatisfied (Ni satisfecho ni 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 estaba 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 (Peor)
				<input type="checkbox"/> Much worse (Mucho 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 qué frecuencia le causaron molestias 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 agrado para realizar actividades)	<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 para dormir o para mantenerse dormido, o duerme demasiado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feeling tired or having little energy (Se siente cansado o con poca energía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poor appetite or overeating (Tiene poco apetito o come 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 (Se siente mal consigo mismo, siente que usted es un fracaso, o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo)	<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 para concentrarse en las cosas como leer el periódico 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 (Otras personas han notado que usted se mueve o habla muy lentamente, o al contrario, se siente bastante inquieto y se mueve mucho 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 estuviera muerto o de hacerse daño a sí mismo*)	<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?
(¿Cuánto han dificultado estos problemas con sus actividades cotidianas e interacción con los demás?)

- Not difficult at all (No han dificultado para nada) Somewhat difficult (Un poco) Very difficult (Mucho) Extremely difficult (Demasiado)

80. Are you currently working with a professional to help with this condition?
(¿Actualmente está consultando a un profesional o especialista para tratar de aliviar esta afección?)

No (No) Yes (Skip to 81) (Sí)

a. Have you or do you plan to discuss these issues with a professional?
(¿Ha hablado o ha pensado en hablar acerca de estos problemas con un profesional?)

No (No) Yes (Skip to 81) (Sí)

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

No (No) Yes (Sí)

81. 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)*

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 (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.*

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

Notes & Summary:

H. RESIDENTIAL LIVING ENVIRONMENT SECTION (SECCIÓN DE ENTORNO RESIDENCIAL)

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): Road (Calle) Driveway (Entrada de vehículos) Yard (Jardín/Patio) Ramp (Rampa) Window (Ventanas) Roof (Techo)
- b. Interior issues(s): Doors (Puertas) Stairs (Escaleras) Floor (Piso) Walls (Paredes) Ceiling (Techo/cielo raso) Lights (Luces)
- c. Restroom issues(s): Door (Puerta) Handrails (Pasamanos) Tub (Bañera o tina) Shower (Ducha/regadera) Toilet (Inodoro)
- d. Utility issue(s): (Problemas con los servicios públicos) Plumbing (Tuberías/cañerías) Water (Agua) Electric (Electricidad) Gas (Gas)
- e. Furniture issue(s): (Problemas con los muebles) Chair (Silla) Couch (Sofá) Bed (Cama) Table (Mesa)
- f. Telephone issue(s): Broken (Descompuesto) No phone (Sin teléfono) Disconnected/No service (Desconectado/sin servicio)
- g. Temperature issue(s): Heat (Calefacción) Smoke detector (Detector de humo) Air conditioning (Aire acondicionado)
- h. Unsanitary condition(s): Odors (Olores) Insects (Insectos) Rodents (Roedores) Accumulating items or garbage (Acumulación de objetos o basura) Floors or pathways cluttered (Pisos y caminos obstruidos)
- i. Other hazards: (Otros peligros/riesgos) _____

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

a. Please specify the type and size: _____
 (Especifique el tipo y el tamaño de la mascota)

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? No (No) Yes (Sí)
 (¿Consumes por lo menos dos comidas al día?)

88. On a typical day, what types of food do you eat for: (En un día normal, qué tipo de comidas consume)

a. Breakfast: (Desayuno) _____

b. Lunch: (Almuerzo) _____

c. Dinner: (Cena) _____

d. Snacks: (Merienda) _____

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

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 al día?)

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

b. Why and when do you limit the fluids you intake? _____
 (¿Cuándo y por qué limita los líquidos 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 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). #

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 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). #

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

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

a. How much? Less than five pounds Five to ten pounds Ten pounds or more
 (¿Cuánto?) (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 (No) Yes (Sí)
 (¿Subió o bajó de peso intencionalmente? (por ejemplo, haciendo dieta))

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

Calorie supplement Low fat/cholesterol Low salt/sodium Low sugar/carb Other
 (Suplemento calórico) (Bajo en grasa/colesterol) (Bajo en sal/sodio) (Bajo en azúcar/carbohidratos) (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?) _____

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 problemas para 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 correspondan)

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

Other, describe: (Otros, descríbalos) _____

97. 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) _____

Notes & Summary:

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

98. Do you take three or more prescribed or over-the-counter medications a day? No (No) Yes (Si)
 (¿Usted toma diariamente tres o más medicamentos con o sin receta?)

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? Muéstreme también los tipos de medicamentos sin receta o 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 recetada)	Prescribed frequency (Frecuencia recetada)	Taken as prescribed? Yes/No* (¿Las usa según las indicaciones?)	Administration method (Método de administración del medicamento)	Prescriber name (Nombre del médico que lo recetó)

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 USO DE SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS)

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 (nombre del medicamento) sin seguir las instrucciones de la receta?)

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:
 (Haga una lista de los médicos que habitualmente consulta cuando necesita tratamientos o medicamentos)

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

103. Are you able to tell the difference between your pills (i.e., colors, shapes, print)? No Yes N/A
 (¿Puede diferenciar sus pastillas? Por ejemplo, color, formas, letras) (No) (Sí)

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 USO DE SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS)

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

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

- Refused (*Skip to 108*)
 None (*Skip to 108*)
 One to two
 Three to five
 Six to seven
 (Se niega a 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 consume alcohol, ¿cuántas copas consume por lo general?)

- 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?

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

- 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 consumido algún tipo de tabaco en los últimos seis meses?)

- No (*Skip to 109*)
 Yes:
 (No)
 (Sí)

a. What type(s)?

(¿Qué tipo/s?)

- Chewing tobacco
 Cigarettes
 Cigars
 Snuff
 Other
 (Tabaco masticable)
 (Cigarrillos)
 (Puros)
 (Tabaco en polvo)
 (Otro)

b. About how many times do you use tobacco each day? (¿Cuántas veces al día consume tabaco aproximadamente?)

- One to three
 Four to ten
 Eleven or more
 (Una a 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 drogas/fármacos con regularidad aparte de aquellas requeridas por motivos de salud? (p. ej. sustancias controladas o drogas ilegales))

- Refused (*Skip to 110*)
 No (*Skip to 110*)
 Yes, what type(s):
 (Se niega a responder)
 (No)
 (Sí, qué tipo/s): _____

a. About how often do you use these?

(¿Con qué frecuencia las consume?)

- Rarely
 Less than twice a month
 (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?

(¿Por cuánto tiempo las ha estado consumiendo con la frecuencia que acaba de indicar?)

- Less than a year
 One or more years
 (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
 (En caso necesario, ¿hay alguien (además de su principal cuidador) que le pueda ayudar?) (No) (Si)

111. 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) (Si)

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

c. Phone: (Teléfono) _____

About how often do you: (Con qué frecuencia usted:)	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 ciertos meses)	A few times a year (Algunas veces al año)	Never (Nunca)
112. Talk to friends, relatives, or others (by phone, computer, or other means)? (¿Se comunica con amigos, familiares u otros (por teléfono, computadora o por 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 fuera de su hogar que le interesan?)	<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. 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: (mm/dd/aaaa)) _____

118. ASSESSOR/CM: Caregiver identification number: _____

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

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

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

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

L. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

121. Caregiver ethnicity: Hispanic or Latino (Hispano o latino) Other (Otro)

122. Caregiver primary language: English (inglés) Spanish (español) Other: _____

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

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

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

124. Caregiver address: (Dirección del cuidador)

a. Street: _____ (Calle)

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

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

126. Do you work outside the home? No (No) Yes: Full-time (Tiempo completo) Part-time (Tiempo parcial)

127. Do you currently have anyone to assist you with providing care? No (Skip to 129) (No) Yes (Sí)

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 brinde 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 (Pareja)

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

L. CAREGIVER SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DEL CUIDADOR)

129. How long have you been providing care for this client? (¿Hace cuánto tiempo lleva cuidando 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 (Más de dos años)

130. How many hours per week do you currently spend providing care for the client? (¿Cuántas horas a la semana brinda cuidados al cliente?)
 # _____

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

132. 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)

133. 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"/>

134. 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 (Muy seguro) Somewhat confident (Relativamente 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 brindando cuidados?)

135. Assessor/CM: Is the caregiver in crisis? (¿El cuidador está en 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.) (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 (Si, 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. 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 expresiones))	<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 para aprender a usar una herramienta, un electrodoméstico, o 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 el año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trouble handling complicated financial affairs (balancing checkbook, income taxes, paying bills) (Dificultad para manejar asuntos financieros complejos (llevar el saldo de cheques, declaraciones de impuestos, pago de cuentas))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble remembering appointments (Dificultad para recordar citas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Daily problems with thinking or memory (Problemas de memoria o razonamiento diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>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.</i>			
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.