

Florida Department of Elder Affairs

(Departamento del Adulto Mayor de Florida)

701S Screening Form

(Formulario de Evaluación 701S)

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

Provider ID: _____ Provider Screener ID: _____

Screener Name: _____ Signature: _____

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

Initial Annual Health Living situation Caregiver Environment Income

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

We are required to explain that your Social Security number is being collected pursuant to Title 42, Code of Federal Regulations, Section 435.910, to be used for screening and referral to programs or services that may be appropriate for you. The provision of your Social Security number is voluntary, and your information will remain confidential and protected under penalty of law. We will not use or give out your Social Security number for any other reason unless you have signed a separate consent form that releases us to do so.

(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).

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: (Idioma materno) 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: (Estado civil) Married (Casado/a) Partnered (En pareja) Single (Soltero/a) Separated (Separado/a) Divorced (Divorciado/a) Widowed (Viudo/a)

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

13. **SCREENER: Current Physical Location Address** (If type is a facility, enter facility name.)

a. Street: (Calle) _____

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

d. Type: (Tipo) Private residence (Hogar privado) Assisted living facility (ALF) (Residencia asistida para adultos mayores) Nursing facility (Asilo para ancianos)
 Hospital (Hospital) Adult day care (Centro de cuidado para adultos) Other (Otro)

e. Name (Nombre): _____

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

a. Street: (Calle) _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Individual monthly income: \$ _____ Refused (Se niega a responder)

24. Couple monthly income: \$ _____ Refused (Se niega a responder) N/A

25. Estimated total individual assets: \$ _____

(Valor estimado de bienes personales)

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

26. Estimated total couple assets: \$ _____

(Valor estimado de los bienes del matrimonio)

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

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

27. Are you receiving S/NAP (food stamps)? (¿Recibe cupones para alimentos (SNAP)?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)			
28. Do you need other assistance for food? (¿Necesita otra ayuda alimentaria?)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)			
29. SCREENER: Is someone besides the client providing answers to questions?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes			
30. How would you rate your overall health at this time? (¿Cómo calificaría su salud general en este momento?)	<input type="checkbox"/> Excellent (Excelente)	<input type="checkbox"/> Very good (Muy buena)	<input type="checkbox"/> Good (Buena)	<input type="checkbox"/> Fair (Regular)	<input type="checkbox"/> Poor (Mala)
31. Compared to a year ago, how would you rate your health? (En comparación con el año anterior, ¿cómo calificaría su salud?)	<input type="checkbox"/> Much better (Mucho mejor)	<input type="checkbox"/> Better (Mejor)	<input type="checkbox"/> About the same (Casi igual)	<input type="checkbox"/> Worse (Peor)	<input type="checkbox"/> Much worse (Mucho peor)
32. 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?)	<input type="checkbox"/> Never (Nunca)	<input type="checkbox"/> Occasionally (Ocasionalmente)	<input type="checkbox"/> Often (Con frecuencia)	<input type="checkbox"/> All of the time (Todo el tiempo)	
33. When you need medical care, how often do you get it? (Cuándo usted necesita atención médica, ¿cada cuánto la recibe?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre)	<input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría de las veces)	<input type="checkbox"/> Rarely (Raramente)	<input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia)	<input type="checkbox"/> Never (Nunca)
34. When you need transportation to medical care, how often do you get it? (¿Con qué frecuencia recibe atención médica cuando la necesita?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre)	<input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría de las veces)	<input type="checkbox"/> Rarely (Raramente)	<input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia)	<input type="checkbox"/> Never (Nunca)
35. How often do finances/insurance allow you to obtain health care and medications when you need them? (¿Con qué frecuencia sus finanzas o seguro le permite obtener atención médica y medicamentos cuando los necesita?)	<input type="checkbox"/> Always (Siempre)	<input type="checkbox"/> Most of the time (La mayoría de las veces)	<input type="checkbox"/> Rarely (Raramente)	<input type="checkbox"/> Only in an emergency (Sólo en caso de emergencia)	<input type="checkbox"/> Never (Nunca)
36. Has a doctor or other health care professional told you that you suffer from memory loss, cognitive impairment, any type of dementia, or Alzheimer's disease? (¿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?)	<input type="checkbox"/> No(No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)			
37. 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?)	<input type="checkbox"/> No(No)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)			

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

38. 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"/>

39. 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 o movilizarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

40. How much assistance do you <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. 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"/>	
41. 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. 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"/>	

Notes & Summary:

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

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

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

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

Past (Pasado)	Current (Actual)	Health Conditions (Problemas de salud)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acid reflux/GERD (Enfermedad de 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 fracturados, sitio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, site: (Cáncer, sitio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia (Clamidia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholesterol (Colesterol) <input type="checkbox"/> High (Alto) <input type="checkbox"/> Low (Bajo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dehydration (Deshidratación)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> IDDM (Insulinodependiente) <input type="checkbox"/> NIDDM (No insulinodependiente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness (Mareo) <input type="checkbox"/> Constant (Constante) <input type="checkbox"/> Frequent (Frecuente) <input type="checkbox"/> Occasional (Ocasional) <input type="checkbox"/> Rare (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 de corazón) <input type="checkbox"/> Pacemaker (Marcapasos) <input type="checkbox"/> CHF (ICC ¹) <input type="checkbox"/> MI (IM ²) <input type="checkbox"/> Other (Otro)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head, brain, or spinal cord trauma (Trauma de la médula espinal, cerebral, o de la cabeza)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes (Herpes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Human Immunodeficiency Virus (HIV) (Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Human Papilloma Virus (HPV)/Genital warts (Virus del papiloma humano (VPH)/Verrugas genitales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence, bladder (Incontinencia 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 o 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 miocardio

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

Past	Current	Health Conditions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney problems or renal disease (Problemas de riñones o enfermedad renal)
		End stage? (¿Etapa terminal?)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver problems (Problemas del hígado)
		<input type="checkbox"/> Cirrhosis (Cirrosis) <input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepatitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung problems (Problemas pulmonares)
		<input type="checkbox"/> Emphysema (Enfisema) <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) <input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía) <input type="checkbox"/> COPD (EPOC ³)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus (Lupus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sclerosis (Esclerosis múltiple)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscular Dystrophy (Distrofia muscular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis (Osteoporosis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson's disease (Enfermedad de Parkinson)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralysis (Parálisis)
		<input type="checkbox"/> Full (Completa) <input type="checkbox"/> Partial (Parcial) <input type="checkbox"/> Local, site: (Local, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder, type & frequency: (Convulsiones, tipo y frecuencia) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shingles (Herpes zóster 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 tiroides/Enfermedad de Graves/Mixedema)
		<input type="checkbox"/> Hyper (Hiper) <input type="checkbox"/> Hypo (Hipo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor(s), site: (Tumor/es, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcer(s), site: (Úlcera/s, sitio) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary Tract Infection (UTI) (Infección del tracto urinario)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other: (Otra) _____

Notes & Summary:

³ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

43. 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: (Ostomia, 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 (Servicio 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: 701S Screening Form

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

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

46. 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 Some strain A lot of strain
 (Ninguna tensión) (Algo de tensión) (Mucha tensión)

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

48. How confident are you that you will have the ability to continue to provide care?
 (¿Qué tan seguro está de poder continuar proporcionando cuidados?)
 Very confident (Skip to 49) Somewhat confident (Skip to 49) 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?) _____

49. **SCREENER: Is the caregiver in crisis?**
 No Yes; check all that apply:
 Financial Emotional Physical

NUTRITION SECTION (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

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

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

52. On average, how many servings of fruits and vegetables do you eat every day? (One "serving" is one small piece of fruit or vegetable, about one-half cup of chopped fruit or vegetable, or one-half cup of fruit or vegetable juice.)
 (¿En 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.)) # _____

53. On average, how many servings of dairy products do you have every day? (One "serving" of dairy is about a slice of cheese, a cup of yogurt, or a cup of milk or dairy substitute.)
 En 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.) # _____

Florida Department of Elder Affairs: 701S Screening Form

NUTRITION SECTION, CONTINUED (SECCIÓN DE NUTRICIÓN)

54. Have you lost or gained weight in the last few months? Unsure (*Skip to 55*) No (*Skip to 55*) Yes
 (¿Ha subido o bajado de peso en los últimos meses?) (No está seguro) (No) (Sí)

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

55. Are you on a special diet(s) for medical reasons? No (*Skip to 56*) Yes; *check any/all:*
 (¿Está haciendo una dieta especial por motivos de salud?) (No) (Sí; seleccione las que correspondan)

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

56. Do you have any problems that make it hard for you to chew or swallow? No Yes; *check any/all:*
 (¿Tiene problemas para masticar o tragar?) (No) (Sí; seleccione las que correspondan)

Mouth/tooth/dentures Pain or difficulty swallowing Taste Nausea
 (Boca/dientes/dentadura postiza) (Dolor o dificultad al tragar) (Sabor) (Náusea)

Saliva production Other, *describe:* _____
 (Secreción de saliva) (Otros, describalos)

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

58. How many days in a typical week do you drink alcohol?
 (Cuántos días a la semana consume alcohol normalmente?)

Refused (*Skip a-b*) None (*Skip a-b*) 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 b*) Three to five Six or more
 (Una o dos) (De tres a cinco) (Seis o más)

b. About how many times in the last month have you had four or more drinks in a day?
 (¿Cuántas veces ha consumido cuatro o más bebidas en un día en el último mes?)

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

Notes & Summary: