

Fecha actual:		Nombre del trabajador:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Tiene familiares o amigos con usted aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Confirmado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>Nivel 1: Prioridad de salud/ salud mental</p> <p>VA AL CUBÍCULO DE TRABAJO SOCIAL EN LA CLÍNICA MÉDICA</p>	<p>¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Memoria <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Nota:</p> <p>¿Toma medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene aquí sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si "No" los tiene, trate como de nivel 1</p>	<p>Necesita ayuda para:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bañarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vestirse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usar el retrete <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tomar sus medicamentos</p> <p>Si hay cualquier afirmación, trate como nivel 1</p> <p>¿Usa algún dispositivo para desplazarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Silla para bañera</p>	
<p>¿Dónde está en este momento?</p> <p>Si el adulto mayor no puede responder o lo hace mal, trate como nivel 1</p>	<p>Mencione 3 objetos ordinarios y haga que el paciente los repita; por ejemplo: "manzana, mesa, moneda"</p>	<p>¿Qué año es?</p> <p>Si el adulto mayor no puede responder o lo hace mal, trate como nivel 1</p>	<p>Pídale al adulto mayor que repita los tres objetos que mencionó antes</p> <p>Si falla en más de un objeto, trate como en el nivel 1</p>
<p>Nivel 2: Necesidades para el manejo de casos</p> <p>SE REFIERE AL ADMINISTRADOR DE CASOS</p>	<p>Preguntar al paciente cuál es su mayor necesidad en ese momento</p>	<p>¿Tiene algún plan sobre a dónde irá cuando salga de aquí?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Ingresos/derechos</i></p> <p>Está inscrito en:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SSI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguridad Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vales para comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios para veteranos de guerra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fondos para vivienda de Sección 8</p> <p>¿Tiene sus documentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Nivel 3: sólo necesita comunicarse con familiares o amigos</p> <p>DIRIGIR CON UN VOLUNTARIO DE LA CRUZ ROJA</p>	<p>Familiares</p> <p>¿Necesita ayuda para encontrar a sus familiares/ amigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Nombres:</p> <p>Relación:</p> <p>Localización:</p>	<p>¿DÓNDE SE ENCUENTRA EL ADULTO MAYOR?</p>