



Síguenos en
Facebook, Twitter e
Instagram
www.rimeals.org

Somos #Heroesdeentrega

Derivación de clientes del programa de comidas a domicilio

Se adjunta el formulario de solicitud de servicio del programa de comidas a domicilio. Complete el formulario en su totalidad y envíelo por fax al (401) 351-6750. Este formulario también puede completarse y enviarse a través de www.rimeals.org o solicitarse por correo electrónico a referrals@rimeals.org.

Cada persona que solicite el servicio de entrega de comidas debe enviar este formulario. Se debe completar toda la información que se solicita en el formulario de derivación. Cuanta más información se facilite, mejor será la comprensión que tendremos de las afecciones de salud del posible cliente. Si la persona o la parte que hace la derivación no puede proporcionar la información que se solicita, le agradeceremos que brinde el nombre y el número de teléfono de una fuente de contacto confiable. *La información recibida es estrictamente confidencial.*

Para inscribirse en el programa de comidas a domicilio, los solicitantes deben:

- Tener 60 años o más O ser menores de 60 años con una exención aprobada (es decir, de DHS, PACE, NHPRI).
- Estar confinados en casa o tener dificultad para salir de ella de forma independiente.
- No participar en un programa de atención diurna para adultos o en un programa de comedor el día en que está previsto que reciba las comidas.

La comida llegará fría en dos paquetes. El paquete principal contiene un plato principal, un alimento con almidón y un vegetal, y se entrega en una bandeja de dos o tres compartimentos que puede recalentarse de forma segura en un microondas o en un horno convencional (no en un horno tostador). El segundo paquete incluye una bandeja de poliestireno expandido envuelta en plástico y contiene leche o jugo, pan, postre y condimentos. Las comidas se preparan sin sal ni azúcar añadidos, y no están muy condimentadas.

Los días de entrega son de lunes a viernes (excepto los días feriados y con condiciones climáticas adversas), entre las 9:30 a. m. y las 2:00 p. m.

Como sugerencia, se recomienda donar \$3.00 por comida.

Meals on Wheels of RI no puede predeterminar la fecha de inicio de un nuevo cliente. Un miembro del equipo se pondrá en contacto con el solicitante elegible o con la persona de contacto designada para proporcionarle una fecha de inicio ni bien esté disponible.

Si prefiere hablar directamente con un miembro del equipo de Meals on Wheels of RI, llame al (401) 351-6700. Si no hay ningún miembro disponible, se lo remitirá a la línea de derivaciones en la extensión 115; deje un mensaje de voz y alguien le devolverá la llamada lo antes posible.

Gracias.

Aviso de confidencialidad

Esta comunicación está destinada únicamente al uso del destinatario y puede contener información confidencial que es privilegiada y confidencial. **Si usted no es el destinatario**, se le notifica por la presente que cualquier divulgación, distribución o copia de esta comunicación está terminantemente prohibida. Si ha recibido esta comunicación por error, le rogamos que nos lo comunique de inmediato por teléfono. Gracias.



Somos
#Heroesdeentrega

Síganos en
Facebook, Twitter e Instagram
www.rimeals.org

Derivación de clientes del programa de comidas a domicilio
70 Bath Street, Providence, RI 02908 Tel.: (401) 351-6700 Fax: (401) 351-6750

INFORMACIÓN DEL CLIENTE			
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre y apellido):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:
Dirección:		N.º de seguro social	N.º de Medicaid:
Dirección 2: nombre del complejo, etc.		Edificio/n.º social	
Ciudad:		Código postal:	
Teléfono fijo:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:		Idioma preferido:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro			
Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Situación de vida: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con un cónyuge <input type="checkbox"/> Con un niño <input type="checkbox"/> Con otro N.º de personas en la casa _____	
ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES			
Dificultades en: <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Movilidad Sí √, explique:			
Afecciones médicas: Marque todas las opciones que correspondan	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Salud mental/Problema psicológico
	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Osteoporosis/Artritis
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema de memoria	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Renales/Problema en los riñones			
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular			
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso/Desnutrición			
Enumere cualquier otro problema médico			
¿Por qué necesita comida a domicilio? (Explique cualquier dificultad para satisfacer sus necesidades diarias).			
Médico de cabecera		Número de teléfono	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre (Nombre y apellido):		Relación:	
Dirección:		Código postal:	
Ciudad:		Correo electrónico:	
Número de teléfono:		Número de teléfono alternativo:	
CONTACTO DE EMERGENCIA SECUNDARIO			
Nombre (Nombre y apellido):		Relación:	
Dirección:		Código postal:	
Ciudad:		Correo electrónico:	
Número de teléfono:		Número de teléfono alternativo:	
Hacer un seguimiento con: <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> 2do Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Otro			

Nombre del médico de cabecera y número de teléfono _____

Persona que refiere y número de teléfono _____

Agencia o relación con el cliente _____

Responda cada una de las siguientes preguntas indicando una de las siguientes opciones:

0 = Puedo hacerlo SIN AYUDA

1 = Puedo hacerlo con ALGO DE AYUDA (utiliza un bastón, necesita ayuda con los medicamentos, tiene un ayudante en casa)

2 = Puedo hacerlo con MUCHA AYUDA (utiliza un andador/silla de ruedas, necesita ayuda para bañarse, vestirse, tomar medicamentos, hacer las compras)

3 = NO PUEDO HACERLO (no puede hacerlo en absoluto)

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

	Sin ayuda	Algo de ayuda	Mucha ayuda	No puedo
Acostarse, levantarse de la cama/silla, sentarse	0__	1__	2__	3__
Moverse por la casa	0__	1__	2__	3__
Vestirse	0__	1__	2__	3__
Comer	0__	1__	2__	3__
Usar el inodoro	0__	1__	2__	3__
Ocuparse de la higiene personal	0__	1__	2__	3__
Preparar comidas nutritivas	0__	1__	2__	3__
Realizar tareas domésticas livianas	0__	1__	2__	3__
Realizar tareas domésticas pesadas	0__	1__	2__	3__
Administrar los medicamentos	0__	1__	2__	3__
Administrar las finanzas	0__	1__	2__	3__
Usar el teléfono	0__	1__	2__	3__
Hacer las compras	0__	1__	2__	3__
Conducir o utilizar el transporte público	0__	1__	2__	3__

Evaluación de riesgos de nutrición
Responda las siguientes preguntas con SÍ o No

- ¿Conduce? Sí__ No__
- ¿Tiene alguna enfermedad/afección que pueda cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come? Sí__ No__
- ¿Come menos de 2 comidas al día? Sí__ No__
- ¿Consume pocas frutas, verduras o productos lácteos? Sí__ No__
- ¿Toma 3 o más bebidas alcohólicas por día? Sí__ No__
- ¿Tiene problemas dentales o bucales que le dificulten comer? Sí__ No__
- ¿Tiene siempre dinero suficiente para comprar la comida que necesita? Sí__ No__
- ¿Come solo la mayor parte del tiempo? Sí__ No__
- ¿Toma 3 o más medicamentos por día? Sí__ No__
- En los últimos 6 meses, ¿bajó o subió 5 kilos (10 libras) o más? Sí__ No__
- ¿Tiene la capacidad física para hacer las compras, cocinar y alimentarse por sí mismo? Sí__ No__
- ¿Tiene dificultad para salir, a menos que se le proporcione transporte? Sí__ No__
- ¿Le falta actividad exterior? Sí__ No__