TEXAS Department of Aging and Disability Services

Forma 2060-Bs
Diciembre de 2014-E

Apéndice a la Valoración de necesidades

I. Información general

1. Nombre del solicitante o de la persona	2. Núm. de identificación de Medicaid	3. Persona que contesta	4. Relación (si no es el solicitante o la persona)

5. Fecha de la valoración	6. Tipo de contacto	7.Tipo de servicio
	☐ Teléfono ☐ Visita al hogar	☐ Atención Esencial en Casa ☐ Servicios de Ayudante en la Comunidad ☐ Servicios de Salud y Actividades Durante el Día XIX

8. Motivo del contacto

☐ Valoración inicial ☐ Revaloración anual ☐ Cambio en los servicios

II. Valoración

A. Escriba los diagnósticos activos:

_____

_____

B. ¿Puede comunicar sus necesidades o deseos a otros?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "No", explique: _____

_____

C. ¿Puede entender a otros?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "No", explique: _____

_____

D. ¿Ha rechazado o se ha negado a hacerse evaluaciones o recibir atención que necesita para mantener su bienestar?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

E. Cuando se enoja, ¿grita, trata de pelear o de tirar objetos a otros?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

F. ¿Tiene una historia de deambulación o de lastimarse a sí mismo o a otros?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

G. ¿Le han dicho alguna vez que su comportamiento es inapropiado?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

H. ¿Tiene alguna dificultad para manejar sus cuentas, renta, gastos, etc.?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

I. ¿Está interesado en un empleo o en oportunidades para voluntarios?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique su interés en trabajar o ser voluntario: _____

_____

J. ¿Tiene obstáculos para salir de la casa y viajar al consultorio del doctor, al supermercado, a la escuela o al trabajo?

☐ **Sí** ☐ **No** Si contesta "Sí", explique: _____

_____

III. Comentarios adicionales y envíos a servicios que deban realizarse:

_____

_____

_____ Firma del administrador de casos

_____ Fecha