

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

Página de firma del beneficiario

1. Información del beneficiario									
Apellido:		Nombre:							
ID del beneficiario:						Fecha de nacimiento:	/ /		
Necesita traductor:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Idioma:						
Dirección:									
Ciudad:		Estado:		Código postal:	-	Teléfono:	- -		
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Estatura:	Pies	Pulgadas	Peso:		Edad:		

1. He recibido una copia de los siguientes documentos:
 - Responsabilidades del proveedor
 - Derechos y responsabilidades del beneficiario
 - Criterios del programa
2. Yo, mi Individuo Legalmente Responsable (*Legally Responsible Individual*, o LRI) o mi representante de cuidado personal (*Personal Care Representative*, o PCR), participé/ó en el proceso de evaluación, proporcionando información exacta a mi (su) mejor saber y entender.
3. El fisioterapeuta/terapeuta ocupacional llegó el (ponga la fecha de la evaluación, junto con el horario de inicio y terminación de la evaluación):
 - Fecha: / /
 - Horario de inicio: : AM/ PM
 - Horario de terminación: : AM/ PM

Al firmar a continuación, declaro que la información anterior es correcta. Mi firma no indica que estoy de acuerdo o en desacuerdo con el resultado final de la evaluación.

_____/_____/_____
 Nombre en letra de molde (Beneficiario/LRI/PCR) Firma Fecha

Indique la relación de la persona que firma este formulario:

- Beneficiario Individuo Legalmente Responsable (LRI) Representante de Cuidado Personal (PCR)
 Otro (especifique): _____

El beneficiario corre riesgo: Sí NO

Fecha de la evaluación: / /

2. Información del Individuo Legalmente Responsable (LRI) (si corresponde)			
Nombre del LRI:		Teléfono:	- -
¿El LRI reside en la casa con el beneficiario?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Relación con el beneficiario:	
Identifique la situación del LRI:			
<input type="checkbox"/> Reside en la casa <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabaja/Estudia (indique el horario y los días): _____			

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

3. Información de contacto de emergencia
 Llene esta sección si el beneficiario no tiene LRI (por ejemplo: una persona que tiene un poder legal (*power of attorney*, o POA), un familiar o representante de cuidado personal).

Nombre de contacto: <i>(que no sea el beneficiario)</i>		Teléfono:	- -
Relación con el beneficiario:			

4. Rutina diaria (Describa la rutina diaria habitual del beneficiario)

5. Información de la evaluación

Propósito de la solicitud: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reevaluación <input type="checkbox"/> Cambio significativo en su estado	Ubicación: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Establecimiento <input type="checkbox"/> Casas de Respaldo de la Vida (<i>Supportive Living arrangement</i> , o SLA) <input type="checkbox"/> Otra:	Información obtenida del: <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro:
---	--	--

Nombre de la agencia de servicios de cuidado personal (<i>personal care services</i> , o PCS):	
Nombre del asistente de cuidado personal (<i>personal care aide</i> , o PCA):	
Otros miembros del hogar (si son hijos, indicar su edad):	
Alergias (a los medicamentos, a las comidas, estacionales):	

6. Diagnóstico que afecta la capacidad funcional para desarrollar sus actividades de la vida diaria (*activities of daily living*, o ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (*instrumental activities of daily living*, o IADL). Por ejemplo: extremidades afectadas, problemas para caminar, resistencia física, etc.

Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico

7. Medicamentos

Medicamento/Dosis/Frecuencia	Medicamento/Dosis/Frecuencia

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

8. Observaciones objetivas de capacidad funcional, incluyendo episodios graves durante el año pasado

9. Déficits funcionales (marque todos los que corresponda)

Movilidad

Movilidad/Libertad de movimiento:

Andar:	<input type="checkbox"/> independiente	<input type="checkbox"/> Independiente con dispositivo	<input type="checkbox"/> Impedimento leve
	<input type="checkbox"/> Impedimento moderado	<input type="checkbox"/> Impedimento grave	<input type="checkbox"/> No ambulatorio
	<input type="checkbox"/> Confinado a la cama	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:	
Lado dominante:	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> N/C
Brazo derecho:	<input type="checkbox"/> Uso pleno	<input type="checkbox"/> Impedimento leve	<input type="checkbox"/> Impedimento moderado
	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:		
Brazo izquierdo:	<input type="checkbox"/> Uso pleno	<input type="checkbox"/> Impedimento leve	<input type="checkbox"/> Impedimento moderado
	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:		
Pierna derecha:	<input type="checkbox"/> Uso pleno	<input type="checkbox"/> Impedimento leve	<input type="checkbox"/> Impedimento moderado
	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:		
Pierna izquierda:	<input type="checkbox"/> Uso pleno	<input type="checkbox"/> Impedimento leve	<input type="checkbox"/> Impedimento moderado
	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:		

10. Déficits sensoriales (marque todos los que corresponda)

Visión:

<input type="checkbox"/> En la gama normal sin anteojos:	<input type="checkbox"/> En la gama normal con anteojos:
<input type="checkbox"/> Anteojos	<input type="checkbox"/> Anteojos para leer

Impedimento de visión:

Ojo derecho:	<input type="checkbox"/> Impedimento parcial	<input type="checkbox"/> Ciego	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:
Ojo izquierdo:	<input type="checkbox"/> Impedimento parcial	<input type="checkbox"/> Ciego	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:
Ambos ojos:	<input type="checkbox"/> Impedimento parcial	<input type="checkbox"/> Ciego	<input type="checkbox"/> Otro/Comentario:

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

10. Déficits sensoriales (marque todos los que corresponda)

Auditivo:
 En la gama normal con o sin audífono

 Audición reducida: Audífonos Sordo

 Otro/Comentario:

Dolor (que afecta la capacidad para ADL/IADL):
 Escala de dolor (0 a 10): _____ Si >0 indique el lugar y tipo de dolor:

 Otro/Comentario:

Tacto/Sensación:
 En la gama normal

 Otro/Comentario:

11. Déficits cognitivos (marque todos los que corresponda)

Memoria/Cognitiva:
 En la gama normal No orientada

Orientada en:
 Persona Lugar Tiempo Otro/Comentario:

 Pérdida de memoria de corto plazo: Leve Moderada Grave Otra/Comentario:

 Reconocimiento de objetos: Leve Moderado Grave Otro/Comentario:

Necesita sugerencias:
 Puede seguir instrucciones detalladas Puede seguir instrucciones simples

 No puede seguir instrucciones simples

 Otro/Comentario:

Habla/Lenguaje:
 En la gama normal (puede expresarse y comprender) Dificultad para hablar No verbal

 Afasia:

 Expresivo (dificultad para expresar palabras/oraciones)

 Receptivo (dificultad para comprender palabras/oraciones)

 Global (dificultad para expresar y comprender palabras/oraciones)

 Otro/Comentario:

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

12. Déficit de resistencia física – capacidad para resistir actividades (marque todas las que corresponda)

En la gama normal
 Falta de aliento
 No se puede quedar de pie > 10 minutos
 Se cansa con actividades > 10 minutos
 Otro (describa): _____

13. Dispositivos de asistencia y otros servicios (marque todos los que corresponda)

Equipo: T=Tiene U=Usa N=Necesita			Servicios: R=Recibe N=Necesita																																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> R</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dental</td><td><input type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ocular</td><td><input type="checkbox"/> Audiología</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fisioterapia</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MHDS</td><td><input type="checkbox"/> ADHC</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Compañero</td><td><input type="checkbox"/> Descanso</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Transporte</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Comidas a domicilio</td><td><input type="checkbox"/> Tareas del hogar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno		<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline		<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse		<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital		<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos		<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro		<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada		<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno		<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline		<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse		<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital		<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos		<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro		<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada		<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> R</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dental</td><td><input type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ocular</td><td><input type="checkbox"/> Audiología</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fisioterapia</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MHDS</td><td><input type="checkbox"/> ADHC</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Compañero</td><td><input type="checkbox"/> Descanso</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Transporte</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Comidas a domicilio</td><td><input type="checkbox"/> Tareas del hogar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad		<input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)		<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional		<input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio		<input type="checkbox"/> MHDS	<input type="checkbox"/> ADHC	<input type="checkbox"/> Compañero	<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa		<input type="checkbox"/> Transporte		<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio	<input type="checkbox"/> Tareas del hogar	<input type="checkbox"/> Otro:	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td><td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno		<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline		<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse		<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital		<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos		<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro		<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada		<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> T</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> U</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer</td><td><input type="checkbox"/> Andador</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inodoro portátil</td><td><input type="checkbox"/> Oxígeno</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha</td><td><input type="checkbox"/> Lifeline</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla manual</td><td><input type="checkbox"/> Placa para deslizarse</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia</td><td><input type="checkbox"/> Cama de hospital</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado</td><td><input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ducha manual</td><td><input type="checkbox"/> Glucómetro</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td><td><input type="checkbox"/> Silla motorizada</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bastón/Muletas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno		<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline		<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse		<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital		<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos		<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro		<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada		<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Otro:			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> R</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dental</td><td><input type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ocular</td><td><input type="checkbox"/> Audiología</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fisioterapia</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MHDS</td><td><input type="checkbox"/> ADHC</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Compañero</td><td><input type="checkbox"/> Descanso</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Transporte</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Comidas a domicilio</td><td><input type="checkbox"/> Tareas del hogar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro:</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad		<input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)		<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional		<input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio		<input type="checkbox"/> MHDS	<input type="checkbox"/> ADHC	<input type="checkbox"/> Compañero	<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa		<input type="checkbox"/> Transporte		<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio	<input type="checkbox"/> Tareas del hogar	<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> N																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Ascensor/Hoyer	<input type="checkbox"/> Andador																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Inodoro portátil	<input type="checkbox"/> Oxígeno																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Banco de tina/ducha	<input type="checkbox"/> Lifeline																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Silla manual	<input type="checkbox"/> Placa para deslizarse																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Insumos de incontinencia	<input type="checkbox"/> Cama de hospital																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado	<input type="checkbox"/> Insumos para diabéticos																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ducha manual	<input type="checkbox"/> Glucómetro																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Silla motorizada																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Bastón/Muletas																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> N																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Exención de discapacidad (WIN)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Médico																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Ocular	<input type="checkbox"/> Audiología																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Fisioterapia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Cuidado de salud a domicilio																																																																																																													
<input type="checkbox"/> MHDS	<input type="checkbox"/> ADHC																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Compañero	<input type="checkbox"/> Descanso																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Servicio de ama de casa																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Transporte																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio	<input type="checkbox"/> Tareas del hogar																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Otro:																																																																																																													

Nota: Una casilla marcada "N" no tiene garantizada cobertura de Medicaid para ese elemento o servicio.

Servicios (marque si los recibe actualmente)

ADHC Programa de trabajo
 Asiste ___ días por semana ___ horas por día
 Asiste ___ días por semana ___ horas por día
 Escuela
 Asiste ___ días por semana ___ horas por día

Comentarios:

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

14. Actividades de la vida diaria		
Nivel de asistencia (vea el documento de instrucciones para obtener detalles)	Días por semana	Calificación
Bañarse/Vestirse/Asearse: 0 = Independiente 1 = Ayuda mínima 2 = Ayuda moderada 3 = Ayuda máxima Justificar calificación:		
Ir al baño: 0 = Independiente 1 = Ayuda mínima 2 = Ayuda moderada 3 = Ayuda máxima Justificar calificación:		
Transferencia: 0 = Independiente 1 = Ayuda mínima 2 = Ayuda moderada 3 = Ayuda máxima Justificar calificación:		
Movilidad/Ambulación: 0 = Independiente 1 = Ayuda mínima 2 = Ayuda moderada 3 = Ayuda máxima 4 = Independiente en silla de ruedas NOTA: No incluir movimiento de sentado a de pie en pacientes ambulatorios Justificar calificación:		
Comer: 0 = Independiente 1 = Ayuda mínima 2 = Ayuda moderada 3 = Ayuda máxima 4 = Servicios no cubiertos, como técnicas de alimentación especializada y/o alimentación por tubo. Justificar calificación:		

15. Actividades instrumentales de la vida diaria (continúa en la próxima página)
<p>El beneficiario tiene que tener déficits que le impiden hacer las compras activamente, lavarse la ropa, realizar tareas livianas en el hogar, o prepararse comidas, y no hay un LRI disponible. Indique si el beneficiario es funcionalmente independiente con sus IADL o cumple con sus criterios como se indica a continuación.</p> <p>Para recibir respaldo para IADL, el beneficiario tiene que tener una calificación mínima de nivel 2 en dos o más áreas de ADL.</p> <p>Marque las casillas que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> El beneficiario no llega al nivel 2 en dos o más áreas de ADL (de la sección 14 anterior) = No es elegible para IADL</p> <p><input type="checkbox"/> El beneficiario es un funcionalmente independiente para IADL, con o sin adaptaciones = No es elegible para IADL</p> <p><input type="checkbox"/> La LRI es capaz y está disponible para completar los IADL = No es elegible para IADL</p> <p><input type="checkbox"/> El beneficiario tiene otros recursos para completar sus IADL. Identificar:</p> <p>NOTA: Si marca cualquiera de las cuatro casillas anteriores, VAYA DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN 16.</p>

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

15. Actividades instrumentales de la vida diaria (continúa se la página anterior)		
<input type="checkbox"/> Un PCA ayudará o realizará las IADL, ya que el beneficiario tiene una necesidad de ADL en dos o más áreas a nivel 2 o mayor e impedimentos en una de las siguientes áreas que afectan su capacidad para realizar IADL. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Déficit de movilidad <input type="checkbox"/> Déficit cognitivos <input type="checkbox"/> Déficit de resistencia física <input type="checkbox"/> Déficit sensoriales </div> <p>En el siguiente cuadro, marque las tareas específicas en que el beneficiario necesita ayuda para completar.</p>		
Nivel de asistencia (vea el documento de instrucciones para obtener detalles)	Días por semana	Calificación
Tareas del hogar livianas: 0 = No se cumplieron los criterios 1 = Criterios de nivel 1 2 = Criterios de nivel 2 3 = Criterios de nivel 3 4 = NC Justificar calificación:	Semanal	
Lavar la ropa: 0 = No se cumplieron los criterios 1 = Criterios de nivel 1 2 = Criterios de nivel 2 3 = Criterios de nivel 3 4 = Criterios de nivel 4 5 = NC Justificar calificación:	Semanal	
Compras esenciales: 0 = No se cumplieron los criterios 1 = Criterios de nivel 1 2 = Criterios de nivel 2 3 = Criterios de nivel 3 4 = NC Justificar calificación:	Semanal	
Preparación de comidas: 0 = No se cumplieron los criterios 1 = Criterios de nivel 1 2 = Criterios de nivel 2 3 = Criterios de nivel 3 4 = Criterios de nivel 4 5 = NC 6 = Servicios no cubiertos Justificar calificación:		

16. Cuadrícula matemática:

NOTA: Después de poner un valor en los campos 'Días por semana' y 'Calificación' de los cuadros precedentes, ponga estos valores en las celdas apropiadas de la hoja de cálculo a continuación.

Tarea	Calificación	Minutos por tarea	Días por semana	Minutos totales por tarea	Horas por semana
Bañarse/Vestirse/Asearse	0	0	0	0	
Ir al baño	0	0	0	0	
Transferencia	0	0	0	0	
Movilidad/Ambulación	0	0	0	0	
Comer	0	0	0	0	
Tareas del hogar livianas	0	0	1	0	
Lavar la ropa	0	0	1	0	
Compras esenciales	0	0	1	0	
Preparación de comidas	0	0	0	0	
Tiempo total				0	0

Nombre del beneficiario: _____,

ID del beneficiario: _____

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

De acuerdo a mi evaluación clínica realizada con el Manual de Servicios de Medicaid de Nevada (*Medicaid Services Manual*, o MSM), capítulo 2600, Organizaciones de Servicio de Intermediario (*Intermediary Services Organization*, o ISO) y el capítulo 3500, Programa de Servicios de Cuidado Personal y la Herramienta de Planificación de Servicios de Evaluación Funcional de Medicaid de Nevada, he determinado que el beneficiario ha cumplido con los criterios para el horario de servicio indicado más arriba, tal como lo indica esta herramienta, y que no son necesarias horas de servicio adicionales desde el punto de vista médico. Marque Sí o No.

Sí NO

Si SÍ, transfiera las horas a la sección 18.

Si NO, llene la sección 17, indicando cuál de las siguientes tareas requieren tiempo adicional, de acuerdo a observaciones clínicas objetivas.

Comentarios:

17. Exenciones:

Tarea	Minutos por tarea	Minutos adicionales permitidos	Nuevos minutos totales	Días por semana	Minutos totales por tarea	Horas por semana
Bañarse/Vestirse/Asearse	0	0	0	0	0	
Ir al baño	0	0	0	0	0	
Transferencia	0	0	0	0	0	
Movilidad/Ambulación	0	0	0	0	0	
Comer	0	0	0	0	0	
Tareas del hogar livianas	0	0	0	1	0	
Lavar la ropa	0	0	0	1	0	
Compras esenciales	0	0	0	1	0	
Preparación de comidas	0	0	0	0	0	
				Tiempo total	0	0

18. Horas de servicio autorizadas:

Horas de servicio autorizadas	
Horas totales por semana	

Nota: La flexibilidad de servicios permite combinar y diseñar a medida las horas semanales totales autorizadas de ADL y IADL para cumplir con las necesidades del beneficiario. El beneficiario debe trabajar con el proveedor de PCS para crear un horario semanal que cumpla de mejor manera sus necesidades.

19. Firma del asesor, cargo:

Firme y feche aquí después de que la evaluación haya sido completada:

Nombre en letra de molde

Firma

_____/_____/_____
Fecha