Nombre del beneficiario: , ID del beneficiario: Fecha:

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:	○ Sí ○ No	Idioma:							
Dirección:									
Ciudad:		Estado:		Código postal:	-	Teléfono:	- -		
○ Masculino ○ Femenino		Estatura:	Pies	Pulgadas		Peso:		Edad:	

1. 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.
2. 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?	○ Sí ○ No	Relación con el beneficiario:	
Identifique la situación del LRI: ☐ Reside en la casa ☐ Discapacitado ☐ 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 por ejemplo: una persona que tiene un poder legal (*power of attorney,* o POA), un familiar o representante de cuidado personal).

Nombre de contacto: *(que no sea el beneficiario)*		Teléfono:	- -
Relación con el beneficiario:			

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

5. Información de la evaluación

Propósito de la solicitud:	Ubicación:	Información obtenida del:
☐ Inicial ☐ Reevaluación ☐ Cambio significativo en su estado	☐ Casa ☐ Departamento ☐ Casa móvil ☐ Establecimiento ☐ Casas de Respaldo de la Vida (*Supportive Living arrangement,* o SLA) ☐ Otra:	☐ Beneficiario ☐ Otro:

Nombre de la agencia de servicios de cuidado personal (*personal care services,* o PCS):	
Nombre del asistente de cuidado personal (*personal care aide,* 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: ☐ independiente ☐ Independiente con dispositivo ☐ Impedimento leve ☐ Impedimento moderado ☐ Impedimento grave ☐ No ambulatorio ☐ Confinado a la cama ☐ Otro/Comentario:

Lado dominante: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ N/C

Brazo derecho: ☐ Uso pleno ☐ Impedimento leve ☐ Impedimento moderado ☐ Impedimento grave ☐ Otro/Comentario:

Brazo izquierdo: ☐ Uso pleno ☐ Impedimento leve ☐ Impedimento moderado ☐ Impedimento grave ☐ Otro/Comentario:

Pierna derecha: ☐ Uso pleno ☐ Impedimento leve ☐ Impedimento moderado ☐ Impedimento grave ☐ Otro/Comentario:

Pierna izquierda: ☐ Uso pleno ☐ Impedimento leve ☐ Impedimento moderado ☐ Impedimento grave ☐ Otro/Comentario:

10. Déficits sensoriales (marque todos los que corresponda)

Visión:

☐ En la gama normal sin anteojos: ☐ En la gama normal con anteojos:

☐ Anteojos ☐ Anteojos para leer

Impedimento de visión:

Ojo derecho: ☐ Impedimento parcial ☐ Ciego ☐ Otro/Comentario:

Ojo izquierdo: ☐ Impedimento parcial ☐ Ciego ☐ Otro/Comentario:

Ambos ojos: ☐ Impedimento parcial ☐ Ciego ☐ 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 reduced: ☐ 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

T	U	N		T	U	N	
☐	☐	☐	Ascensor/Hoyer	☐	☐	☐	Andador
☐	☐	☐	Inodoro portátil	☐	☐	☐	Oxígeno
☐	☐	☐	Banco de tina/ducha	☐	☐	☐	Lifeline
☐	☐	☐	Silla manual	☐	☐	☐	Placa para deslizarse
☐	☐	☐	Insumos de incontinencia	☐	☐	☐	Cama de hospital
☐	☐	☐	Asiento de inodoro elevado	☐	☐	☐	Insumos para diabéticos
☐	☐	☐	Ducha manual	☐	☐	☐	Glucómetro
☐	☐	☐	Nebulizador	☐	☐	☐	Silla motorizada
☐	☐	☐	Bastón/Muletas				
☐	☐	☐	Otro:				
☐	☐	☐	Otro:				
☐	☐	☐	Otro:				

Servicios: R=Recibe N=Necesita

R	N		R	N	
☐	☐	Servicios de ADSD para discapacitados y la tercera edad			
☐	☐	Exención de discapacidad (WIN)			
☐	☐	Dental	☐	☐	Médico
☐	☐	Ocular	☐	☐	Audiología
☐	☐	Fisioterapia			
☐	☐	Terapia ocupacional			
☐	☐	Cuidado de salud a domicilio			
☐	☐	MHDS	☐	☐	ADHC
☐	☐	Compañero	☐	☐	Descanso
☐	☐	Servicio de ama de casa			
☐	☐	Transporte			
☐	☐	Comidas a domicilio	☐	☐	Tareas del hogar
☐	☐	Otro:			

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

Servicios (marque si los recibe actualmente)

☐ ADHC
Asiste__ días por semana__ horas por día

☐ Programa de trabajo
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)

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.

Para recibir respaldo para IADL, el beneficiario tiene que tener una calificación mínima de nivel 2 en dos o más áreas de ADL.

Marque las casillas que correspondan:

- ☐ El beneficiario no llega al nivel 2 en dos o más áreas de ADL (de la sección 14 anterior) = No es elegible para IADL
- ☐ El beneficiario es un funcionalmente independiente para IADL, con o sin adaptaciones = No es elegible para IADL
- ☐ La LRI es capaz y está disponible para completar los IADL = No es elegible para IADL
- ☐ El beneficiario tiene otros recursos para completar sus IADL. Identificar:

NOTA: Si marca cualquiera de las cuatro casillas anteriores, VAYA DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN 16.

Medicaid de Nevada: Evaluación funcional del plan de servicio

15. Actividades instrumentales de la vida diaria (continúa se la página anterior)

☐ 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.

☐ Déficits de movilidad ☐ Déficits cognitivos ☐ Déficits de resistencia física ☐ Déficits sensoriales

En el siguiente cuadro, marque las tareas específicas en que el beneficiario necesita ayuda para completar.

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: Fecha:

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 ___/___/___