

**Programa de Nutrición para Personas Mayores**  
**ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2) – Formulario de Evaluación del Proveedor de Servicios para el año fiscal 2026-2027**

**ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

**EVALUACIÓN TELEFÓNICA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Por favor, hacer estas preguntas durante el **2do TRIMESTRE**

Ubicación del proveedor:		Fecha:	
Idioma preferido:		Fecha de nacimiento: <i>(Obligatorio)</i>	
Apellido:		Nombre: <i>(Sin apodos)</i>	

<b>En los últimos 3 meses el cliente:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Has tenido problemas para usar el microondas o el horno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Repetir algunas cosas una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes problemas para recordar citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tener conversaciones que no tenían sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A veces parece confundido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha cambiado algo para el cliente desde la última evaluación? Si es así, explícalo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Tu Salud Nutricional</b>	<b>Marque todo lo que aplica:</b>	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	<input type="checkbox"/>	4 puntos
Como menos de 2 comidas al día.	<input type="checkbox"/>	3 puntos
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que como.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Bebo 3 o más copas de cerveza, licor o vino casi todos los días.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Tengo problemas de dientes o boca que me dificultan comer.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
No siempre puedo hacer compras, cocinar y/o alimentarme físicamente.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como solo la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/>	1 punto
Tomo 3 o más medicamentos diferentes recetados o de venta libre al día.	<input type="checkbox"/>	1 punto
Declinar declarar No pudo anotar	<input type="checkbox"/>	Comprobar si la puntuación total es igual o superior a 6 y si el cliente tiene un <b>riesgo nutricional alto</b> .
	<input type="checkbox"/>	Total Puntuación:

**NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL**

<b>Base de datos LiveWell/Número único de participante:</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mayor No Mayor <input type="checkbox"/> Discapacitado
---	---



**Programa de Nutrición para Personas Mayores**  
**ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2) – Formulario de Evaluación del Proveedor de Servicios para el año fiscal 2026-2027**

**ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

<b>Tu Salud Nutricional</b>		<b>Marque todo lo que aplica:</b>	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.		<input type="checkbox"/>	4 puntos
Como menos de 2 comidas al día.		<input type="checkbox"/>	3 puntos
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que como.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
Bebo 3 o más copas de cerveza, licor o vino casi todos los días.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
Tengo problemas de dientes o boca que me dificultan comer.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
No siempre puedo hacer compras, cocinar y/o alimentarme físicamente.		<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como solo la mayor parte del tiempo.		<input type="checkbox"/>	1 punto
Tomo 3 o más medicamentos diferentes recetados o de venta libre al día.		<input type="checkbox"/>	1 punto
Declinar declarar No pudo anotar	<input type="checkbox"/>	Comprobar si la puntuación total es igual o superior a 6 y si el cliente tiene un <b>riesgo nutricional alto</b> .	<input type="checkbox"/>
		Total Puntuación:	

<b>NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL</b>	
<b>Base de datos LiveWell/Número único de participante:</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mayor No Mayor <input type="checkbox"/> Discapacitado
<b>Analizado por:</b> <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario	<b>Tipo de comidas:</b> <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelado

**Programa de Nutrición para Personas Mayores**  
**ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2) – Formulario de Evaluación del Proveedor de Servicios para el año fiscal 2026-2027**

**ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

**EVALUACIÓN TELEFÓNICA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Por favor, hacer estas preguntas durante el **4to TRIMESTRE**

Ubicación del proveedor:		Fecha:	
Idioma preferido:		Fecha de nacimiento: (Obligatorio)	
Apellido:		Nombre: (Sin apodos)	

<b>En los últimos 3 meses el cliente:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Has tenido problemas para usar el microondas o el horno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Repetir algunas cosas una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes problemas para recordar citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tener conversaciones que no tenían sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A veces parece confundido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha cambiado algo para el cliente desde la última evaluación? Si es así, explícalo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Tu Salud Nutricional</b>	<b>Marque todo lo que aplica:</b>	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	<input type="checkbox"/>	4 puntos
Como menos de 2 comidas al día.	<input type="checkbox"/>	3 puntos
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que como.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Bebo 3 o más copas de cerveza, licor o vino casi todos los días.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Tengo problemas de dientes o boca que me dificultan comer.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
No siempre puedo hacer compras, cocinar y/o alimentarme físicamente.	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Como solo la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/>	1 punto
Tomo 3 o más medicamentos diferentes recetados o de venta libre al día.	<input type="checkbox"/>	1 punto
Declinar declarar. No pudo anotar	<input type="checkbox"/>	Comprobar si la puntuación total es igual o superior a 6 y si el cliente tiene un <b>riesgo nutricional alto</b> .
	<input type="checkbox"/>	Total Puntuación:

**NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL**

<b>Base de datos LiveWell/Número único de participante:</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> No Mayor
	<input type="checkbox"/> Discapacitado
<b>Analizado por:</b> <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario	<b>Tipo de comidas:</b> <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelado