



Gracias por participar en el
Programa de Evaluación de Medicamentos

Lo Que Puede Esperar del Servicio:

- Un informe de consulta de un Farmacéutico
- Una revisión de sus medicamentos y suplementos
- Consejos informativos
- Alertas de posibles interacciones negativas
- Una llamada de seguimiento

¿Preguntas?

Comunicarse con:

Jacqueline Capistrán

*Agencia Para Adultos Mayores
de la Área Capital (AAACAP)*

6800 Burleson Rd. ♦ Bldg. 310, Ste. 165 ♦ Austin, TX 78744

Línea Gratuita: 1-888-622-9111 x6059 ♦ Línea Directa: 512-916-6059

Fax: 512-916-6042

Email: jcapistran@capcog.org ♦ Website: www.aaacap.org

*Proporcionado por la Agencia para Adultos Mayores de la Área de la Capital y
parcialmente suscrito por una generosa donación de St. David's Foundation*

**StDavid's
FOUNDATION**

¿Quiénes Somos?

Brindando servicios de calidad para apoyar y defender la salud, la seguridad y el bienestar de las personas mayores en región Capital

La Agencia para Adultos Mayores de la Área Capital (AAACAP), una división en el Consejo de Área de la Capital de los Gobiernos (CAPCOG). AAACAP planea, desarrolla y proporciona un sistema coordinado de servicios para promover la independencia de las personas de 60 años de edad o mayores con un enfoque principal en las personas débiles, viviendas rurales y de bajos ingresos pertenecientes a minorías. Esta misión tiene el mandato atreves del Acto de 1965 para Adultos Mayores Americanos, según enmendada (OAA), y apoyada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

AAACAP continua contratando con otras agencias para asegurar la disponibilidad de servicios tales como el transporte, la alimentación, ayuda en casa, y operaciones de centros para adultos mayores. Además, se propiciación directamente a través del sistema el programa Acceso y Asistencia los siguientes programas: Información, Referencia y Asistencia, Consejería sobre Beneficios, Coordinación de Cuidado, Cuidado de Largo Plazo y Defensor de instalaciones de vivienda asistida. La agencia también ofrece servicios a los cuidadores bajo el Programa Nacional de Apoyo al Cuidador de Familia.

Nuestros Servicios y Programas

Consejería sobre Beneficios: ofrece consejeros certificados por HICAP/SHIP para responder a preguntas sobre la cobertura de Medicare, problemas/apelaciones y beneficios públicos. El consejero proporciona información y asesoramiento gratuitamente para personas de 60 años o mayores y para los beneficiarios de Medicare de cualquier edad.

Defensor de Cuidado de Largo Plazo proporciona abogacía y apoyo amistoso para personas que viven en residencias de ancianos o de instalaciones de vivienda asistida. El Defensor está capacitado para desarrollar relaciones positivas con los residentes y el personal de las instalaciones para asegurar que los problemas se pueden resolver de una manera positiva y que se respeten los derechos de los residentes. También son una buena fuente de información en caso si uno necesita que seleccionar una instalación de largo plazo, los criterios de elegibilidad y otros servicios para personas mayores.

Coordinación de Cuidado: un coordinador de cuidado evalúa las necesidades y los recursos necesarios para vincular a los clientes con los recurso domiciliarios. Los clientes son adultos mayores de 60 años que han sido hospitalizados recientemente o que han sufrido una recaída en su salud, que tiene una discapacidad leve a moderada o una discapacidad temporal grave.

Servicios de Apoyo al Cuidador: ofrece apoyo y descanso para familias y amigos que cuidan de adultos mayores (más de 60). Si las responsabilidades de cuidado están afectando su trabajo, la salud, la vida social y la vida familiar, el Programa de Apoyo al Cuidador puede ayudar. En el hogar los servicios de apoyo para los receptores de atención están disponibles en un corto plazo y de manera limitada. Coordinadores evalúan las necesidades de los receptores de cuidados y cuidadores de asistencia.

Información, Referencia y Asistencia: el programa esa compuesto por una Especialista de Información que ofrece información acerca de los recursos en toda la región capital y la asistencia para determinar sus próximos pasos en la búsqueda de ayuda. Para muchos, este es el primer paso a tomar decisiones informadas sobre los programas y servicios que se adapten a sus necesidades. Usted puede comunicarse con la especialista por teléfono para discutir la información sobre los recursos comunitarios. El objetivo del Programa de IR & A es ayudar a nuestros clientes a mantener su independencia. Para muchos, este es el primer paso para tomar decisiones informadas sobre los programas y servicios que se adapten a sus necesidades. La especialista da una información completa e imparcial sobre toda la comunidad los recursos y contribuye a definir las vías adecuadas para explorar.

Parcialmente financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos; nuestros servicios se ofrecen sin costo a toda la Región de CAPCOG:

Condados: Bastrop, Blanco, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Llano, Travis y Williamson



Evaluación de Medicamentos



Por favor completa la siguiente información:

Nombre: _____ FDN: _____ M F

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Condados: ® indica condado rural

Bastrop® Caldwell® Hays Travis Williamson

Raza:

Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano
 Asiático Nativo de Hawái o De otras islas del Pacífico
 Americano no Latino Americano Hispano
 Otra Raza No Reportado

Etnicidad:

Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
 No Reportado

Ingreso Anual:

Número de Personas en una Familia	Nivel de Pobreza <input type="checkbox"/>	Bajo Ingreso <input type="checkbox"/>	Ingreso Moderado <input type="checkbox"/>	Alto Ingreso <input type="checkbox"/>
1	\$12,060 o menos	\$24,120	\$36,180	\$48,240 o mas
2	\$16,240 o menos	\$32,480	\$48,720	\$64,960 o mas
Cada persona adicional, añada:	\$4,180	\$8,360	\$12,540	\$16,720

Cualquier cantidad de ingreso sobre los ingresos mostrado mueve a la persona a la siguiente intervalo de ingresos. Por ejemplo, si una persona que vive sola tiene de ingreso 24,121 dólares, que se considera un ingreso moderado o tiene un ingreso de 24,121 dólares, que serían considerados de bajos ingresos.

Contacto de Emergencia: _____

Telefono: _____

Medico Principal: _____

Telefono: _____

Alergia a medicamentos: _____

Discapacidad visual: _____

Fuma: No Si; cuanto: _____

Alcohol: No si; cuanto: _____

Diagnostico/s: _____

Cafeina: No Si; cuanto: _____

Comentarios/Notas: _____

Fecha de Vacuna de Flu/Gripa: _____

Fecha de Vacuna de Antineumococica: _____

Autorizo al farmacéutico a hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) con respecto a mis condiciones de salud, medicamentos e interacciones:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Evaluación de Medicamentos Encuesta

Nombre de Cliente:	FDN:
--------------------	------

Nos gustaría hacerle unas cuantas preguntas que nos ayudarán a servirle mejor a usted ya su comunidad:

Mejoramiento del Bienestar:

1. ¿Alguna vez has tenido una revisión de su medicamento? Sí No

Disminución de Caídas:

1. ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos seis meses? _____

Concordancia de medicación & Aumento del nivel de cumplimiento:

1. ¿Se le olvida de tomar su medicamento? Sí No

2. ¿A veces se olvida surtir sus recetas? Sí No

3. ¿Cuándo se sienta mejor, usted deja de tomar su medicamento? Sí No

¡Muchas gracias!

Sus comentarios nos ayudarán a mejorar el programa.

Verbal Report Printed Report Phone Report Other: _____

Solo Para Uso Personal

Post Questionnaire

Mejoramiento del Bienestar:

¿Sientes que la proyección medicamento ha afectado positivamente a su salud y bienestar? Sí No

Disminución de Caídas:

¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 30 días? _____

Concordancia de medicación & Aumento del nivel de cumplimiento:

¿Como resultado de la evaluación, habido algún cambio con sus medicamentos? Sí No

¿Tiene una mejor comprensión de sus medicamentos? Si No

◆ ¿Le fue util el servicio? ¿Por qué o por qué no?

Date of Pre-Screen: _____ Completed By: _____

Date of Post-Questionnaire: _____ Completed By: _____



Agencia del Área para Adultos Mayores de la Zona de La Capital
Derechos y Responsabilidades del Cliente de Programas
Ley para Americanos de Edad Avanzada

La Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) de la Zona de la Capital, le da la bienvenida a usted como participante de los programas para personas mayores y cuidadores de la familia de nuestra región. Este programa se hace por mandato de la Ley para Americanos de Edad Avanzada de 1965, con sus enmiendas, y ofrece acceso, asistencia y otros servicios de apoyo. La Agencia del Área para Adultos Mayores administra estos programas y servicios con fondos del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas, de contribuciones de clientes y fondos locales.

Los programas y los servicios se han diseñado para las personas de 60 años en adelante, para los miembros de sus familias y otros cuidadores. Nuestra meta es ayudar a los adultos mayores a llevar vidas independientes, con significado y con dignidad en sus propias casas y comunidades por cuánto tiempo sea posible, por medio de la prestación de servicios de apoyo limitados. Su información no se divulgará a nadie ni a ningún departamento sin su consentimiento informado, con la excepción de los expedientes que la corte ordene.

Derechos y responsabilidades del cliente:

1. Tiene el derecho de ser tratado con respeto y consideración. Tiene el derecho de que se trate su propiedad con respecto.
2. Tiene el derecho de que no le nieguen los servicios debido a su raza, religión, color, origen nacional, sexo, discapacidad, estado civil o debido a que no puede o no está dispuesto a contribuir.
3. Tiene el derecho de presentar una queja o agravio o recomendar cambios a las normas o servicios, sin sufrir restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias. Para presentar una queja o un agravio, comuníquese con la Agencia del Área para Adultos Mayores. La información de contacto se da a continuación:

Patricia Bordie

Director of Aging Services

Area Agency on Aging of the Capital Area

6800 Burleson Dr., Bldg. 310, Ste. 165

Austin, Texas 78744

4. Tiene el derecho de participar en la formulación de un plan de atención para atender las necesidades que no han sido satisfechas.
5. Tiene el derecho de que le informen por escrito sobre los servicios disponibles y los cargos pertinentes si los servicios no están cubiertos o no están disponibles por medio de Medicare, Medicaid, seguro médico o fondos de la Ley para Americanos de Edad Avanzada.
6. Tiene derecho a escoger independientemente al proveedor de servicios de la lista provista por la Agencia del Área para Adultos Mayores donde hay disponibles varios proveedores de servicios, y a cambiar de proveedor de servicios cuando lo desee.
7. Tiene el derecho de que le informen de cualquier cambio en los servicios.
8. Tiene el derecho de hacer una contribución voluntaria y confidencial por los servicios que haya recibido por medio de la Agencia del Área para Adultos Mayores. Los servicios no se negarán si un participante que llena los requisitos no puede o no quiere hacer una contribución. Todas las contribuciones se mantendrán de manera confidencial y se usarán para extender o mejorar los servicios para los cuales se donaron.
9. Tiene la responsabilidad de informar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a su proveedor de servicios de su intención de retirarse del programa o de cualquier periodo de ausencia durante el cual no se utilizarán los servicios.
10. Tiene la responsabilidad de proporcionar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a sus proveedores de servicios información completa y exacta.

Libero de toda responsabilidad a este programa de la Agencia del Área para Adultos Mayores, su organización matriz, los donadores, y a los departamentos estatales patrocinadores de cualquier responsabilidad que surja de los servicios proporcionados de acuerdo con las pautas del programa.

Firma del cliente

Fecha



Agencia del Área para Adultos Mayores de Divulgación de información del cliente

Nombre del cliente:	Identificación del cliente:
<p>Al firmar esta autorización, usted da a la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) _____ permiso para divulgar toda o parte de su información provista, que incluye información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o de sus proveedores.</p>	

EL CLIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL DEBE LLENAR LAS PARTES A, B Y C

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible para la persona o el departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotada en la Parte B.

PARTE A. Divulgación de información
Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento: <input type="checkbox"/> Cualquier persona, agencia o profesional de medicina necesaria para satisfacer mis necesidades de servicios.
<input type="checkbox"/> Sólo a las personas o entidades identificadas:
Marque una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Divulguen toda mi información. <input type="checkbox"/> Divulguen sólo la siguiente información:

PARTE B. Propósito de la divulgación
<input type="checkbox"/> General: asistir en evaluación, hacer arreglos, y a satisfacer las necesidades personales de servicios.
<input type="checkbox"/> Específico:
Expiración: Esta autorización expira en el punto de la reevaluación, donde esto se aplica, o tres años después de la fecha de vigencia.

PARTE C. Firmas	
(Cliente o Representante personal)	(Fecha)
<input type="checkbox"/> Marque este cuadro si firmó en nombre del cliente y describa en el siguiente renglón qué autoridad tiene para actuar por el cliente:	
Nota: si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no sea posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el archivo de cliente.	
Testigo:	Fecha:
Testigo:	Fecha:

Aviso al cliente:

- ✓ Una vez que se conceda la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- ✓ Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción de acuerdo con su permiso. Si quiere retirar el permiso, tiene que hacerlo por escrito.