



Programa de comidas médicamente adaptadas

¿Qué está incluido?

1. **Entrega de comidas médicamente adaptadas.** La duración de la entrega de comidas se determina caso por caso, tomaremos en cuenta las necesidades del cliente, junto con la capacidad de la organización.
Todas las comidas están diseñadas médicamente para ser saludables para el corazón y apto para la diabetes.
2. **Consulta con un nutricionista o dietista colegiada,** si lo desea.

Elegibilidad

1. El cliente necesita vivir en el condado de Santa Cruz
2. El cliente necesita tener uno o más de los siguientes diagnósticos:
 - a. Alzheimer's/Demencia
 - b. Cáncer
 - c. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - d. Insuficiencia cardíaca congestiva
 - e. Diabetes*
 - f. Enfermedad Renal
 - g. VIH/SIDA
 - h. Trastorno Neurológico (Apoplejía, enfermedad de Parkinson, MS, ALS)
 - i. Cirugía mayor reciente (últimos 3 meses)
(*El nivel de HbA1c debe ser de 6.5% o superior en los últimos 3 meses. Se requiere verificación de ingresos, llame al Equipo de Servicios al cliente para obtener más información).
Si su condición médica no aparece en esta lista, desafortunadamente, no es elegible para nuestro programa de comidas médicamente adaptadas.
3. El cliente necesita este formulario de referencia de un proveedor de servicios médicos.

¿Quién NO es elegible?

1. Participantes que no tienen capacidades de refrigerar y calentar los alimentos.
2. Participantes que carecen suficiente apoyo o capacidad para cumplir el programa.
3. Participantes que tienen alimentos preparados disponibles como parte de su alojamiento (La Posada).
Excepción: referencias de Community Supports.
4. Los participantes que actualmente reciben otro servicio de entrega de comidas, como Meals on Wheels.
5. Participantes que ya han recibido 24 semanas de entrega de comida de TKP en el último año.

Recuerda

Por favor, completa todos los campos en el formulario de referencia y devuélvalo por fax o correo electrónico seguro. **Incluya el número de Medi-Cal del cliente, si corresponde.**
Asegúrese de que la persona que firme este formulario sea: MD, DO, NP, PA, RD, RN, LCSW o MSW.

¿Preguntas? Llame a Servicios al Cliente al 831-316-4540 extension 1.



Fomulario de referencia: programa de comidas médicamente adaptadas

Instrucciones para la entrega:

1. La referencia debe estar firmada por un MD, DO, NP, PA, RD, RN, LCSW or MSW
2. Envía por fax el formulario completo a **(831) 288-1762** o mande more correo electronico a **clientservices@teenkitchenproject.org**

Referencia de nuevos clientes Recertificación del cliente actual Reinicio anterior del cliente

Sección 1: información del solicitante

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Medi-Cal # (si procede) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

Numero de teléfono: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____ Idioma Principal: Inglés Español Otro _____

Género: Hombre Hembra Transgénero

Raza: Hispano/a/Latinx Blanco/a Black/Afroamericano Asiatico/a Aborigen de América del Norte
 Hawaiano nativo/otro isleño del Pacífico Otro

Peso: _____ Altura : _____ (si esta disponible)

Condiciones médicas de este individuo: (*significa que solo aceptamos un nivel de HbA1c del 6.5% o superior)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes* Nivel de HbA1c: _____ Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía mayor reciente (ultimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> VIH/ SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestionada | |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's/Demencia | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico (marce uno) | |
| | <input type="radio"/> MS | <input type="radio"/> Apoplejía |
| | <input type="radio"/> ALS | <input type="radio"/> enfermedad de Parkinson |

Sección 2: Acuerdo de los solicitantes

Entiendo que estoy participando en un programa de comidas médicamente adaptadas para ayudarme a manejar mi condición médica. Autorizo a mis proveedores médicos y al referente a divulgar información sobre mi condición médica a la agencia que proporciona las comidas, con el fin de verificar mi elegibilidad.

Firma del solicitante/paciente: _____ Fecha: _____

Sección 3: Información de referencia

Nombre del referente: _____ Organización del proveedor de servicios médicos: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____

Estoy de acuerdo en que toda la información en este formulario esta completo y correcto a mi entender:

Firma del referente (**obligatorio**) _____ Fecha _____

Envíe este formulario de referencia por fax al (831) 288-1762 o envíe un correo electrónico a clientservices@teenkitchenproject.org

¿Preguntas? Llame a servicios al cliente al 831-316-4540 extensión 1.