

FORMULARIO DE PARTICIPANTES DE COMIDAS CONGREGADO DE RHODE ISLAND

FECHA:	NOMBRE DEL CAFÉ:
TU NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	
CIUDAD, ESTADO, & CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	
ESTADO CIVIL: (Circule Uno)	CASADO SOLTERO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO

LA INFORMACIÓN DEBAJO ES **REQUERIDA** POR LA ADMINISTRACION FEDERAL EN VIVIENDAS EN COMUNIDAD (ACL), LA AGENCIA QUE PROPORCIONA LOS FONDOS PARA EL PROGRAMA DE COMIDAS CONGREGADO.

1. CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO (O) SU EDAD ?	5. USTED SE CONSIDERA PARTE DE UN GRUPO MINORITARIO ? (Circule Uno) SI NO
2. CUÁL ES SU GÉNERO ? (Circule Uno) FEMENINA MASCULINO OTRO	6. CUÁL ES TU ORIGEN ÉTNICO (Circule Uno) ES USTED "HISPANO -O- LATINO" (O) "NO HISPANO -O- LATINO"
3. USTED VIVES SOLO ? (Circule Uno) SI NO	7. USTED SE CONSIDERA BAJO INGRESO ? (Circule Uno) SI NO
4. CUÁL ES SU RAZA ? (Circule todas que apliquen) INDIO AMERICANO -O NATIVO DE ALASKA ASIATICO -O-ASIATICO AMERICANO NEGRO or AFROAMERICANO NATIVO DE HAWAII/ ISLA DEL PACIFICO BLANCO	8. ERES UN: (Circule uno si es Apropiado) VETERANO -O- ESPOSO/A DE UN VETERANO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (PARA USO DEL CAFÉ)

EL NOMBRE DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA:	
SU RELACIÓN CON USTED :	SU NÚMERO DE TELÉFONO #
CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO CAFÉ?	

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR DEL CAFÉ.

PUNTUACIÓN NUTRICIONAL:	RIESGO NUTRICIONAL: (Circule Uno) SI NO	IDENTIFICACIÓN COMPROBADA: LICENCIA DE CONDUCIR OTRO
NOMBRE DEL TRABAJADOR QUE HA COMPROBADO EL FORMULARIO:		

FIRMA DEL CLIENTE: _____ FECHA: _____

LEY DE DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: The Rhode Island Office of Healthy Aging y este CAFÉ utilizan la información dada en este formulario para ofrecer prueba de calificación para el programa de nutrición Title III-C Congregate según establecido por U. S. Administration on Aging.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto que mi información sera utilizada para calificarme para el programa de nutrición Title IIIC- Congregate.

ACL Programa de Comidas Congregado

ENCUESTA DE RIESGO NUTRICIONAL

Preguntas:	SI	NO
1. El cliente ha hecho de por vida algún cambio en los hábitos alimenticios debido a problemas de salud?		
2. El cliente come menos de 2 comidas por día?		
3. El cliente come menos de cinco (5) porciones (1/2 taza cada una) de frutas y vegetales todos los días?		
4. El cliente come menos de dos (2) porciones de productos lácteos (leche, queso, yogur, etc.) cada día?		
5. El cliente a veces no tiene suficiente dinero para comprar comida?		
6. El cliente tiene problemas para comer debido a problemas con masticar o tragar?		
7. El cliente come solo la mayor parte del tiempo?		
8. Sin querer, el cliente perdió o ganó 10 libras en los últimos 6 meses?		
9. No siempre el cliente esta físicamente capaz de ir de compra, cocinar y / o alimentarse a sí mismo (o conseguir que alguien lo haga por ellos)?		
10. El cliente tiene 3 o más bebidas de cerveza, licor o vino casi todos los días?		
11. El cliente toma 3 o más diferentes medicamentos recetados o de venta libre por día?		
(Suma la columna "SI". Los totales de 6 o más se consideran una "Riesgo Nutricional")		
CANTIDAD		