

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 <u>FECHA DE NACIMIENTO</u> (O) <u>SU EDAD?</u>	4. CUÁL ES SU <u>ORIGEN DE ETNICIDAD?</u> (Circule Uno) FEMENINA MASCULINO TRANSGÉNERO OTRO
2. USTED VIVES SOLO? (Circule Uno) SI NO	5. USTED SE CONSIDERA <u>BAJO INGRESO?</u> (Circule Uno) SI NO
3. CUÁL ES SU RAZA? (Circule todas que apliquen) BLANCO – NO HISPANO BLANCO – HISPANO NEGRO or AFROAMERICANO ASIATICO NATIVO DE ALASKA -O- INDIO AMERICANO NATIVO DE HAWAII/ ISLA DEL PACIFICO OTRO	6. CUÁL ES <u>TU ETHNICITY</u> (Circule Uno) ES USTED “HISPANO -O- LATINO” (O) “NO HISPANO -O- LATINO” <hr/> 7. 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 III-C 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	