

# FORMULARIO DE PARTICIPANTES DE COMIDAS CONGREGADO DE RHODE ISLAND

<b>FECHA:</b>	<b>NOMBRE DEL CAFÉ:</b>
<b>TU NOMBRE:</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>CIUDAD, ESTADO, &amp; CÓDIGO POSTAL:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>	
<b>ESTADO CIVIL: (Circule Uno)</b>	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.

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

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (PARA USO DEL CAFÉ)

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

**PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR DEL CAFÉ.**

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

**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

<b>Preguntas:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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?		
<b>(Suma la columna "SI". Los totales de 6 o más se consideran una "Riesgo Nutricional")</b>	<b>CANTIDAD</b>	