



समग्र भोजन के लिए रजिस्ट्रेशन

साइट का नाम: _____ नया ग्राहक नवीनीकरण
इस फॉर्म को उचित समग्र पोषण प्रदाता द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।

पुरानी वयस्क जनसांख्यिकीय जानकारी			
तिथि:	नाम:	जन्म तिथि:	
पता:	शहर:	राज्य:	ज़िप:
ईमेल:	फोन:	सेल फोन:	
जातीयता: <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटीन <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटीन नहीं	वैवाहिक स्थिति:		लिंग:
नस्ल: <input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> एशियाई या एशियाई अमेरिकी <input type="checkbox"/> अश्वेत or अफ्रीकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> मूल निवासी हवाई या प्रशांत द्वीपवासी <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का के मूल निवासी	<input type="checkbox"/> शादीशुदा <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विधुर <input type="checkbox"/> कानूनी रूप से अलग रह रहे <input type="checkbox"/> घरेलू साथी		<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य:
अंग्रेजी बोलने का सीमित स्तर: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं यदि हां, भाषा बताएं: _____	मासिक आय: _____ गरीबी से नीचे: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> अकेले रहते हैं <input type="checkbox"/> अन्य के साथ रहते हैं # पारिवारिक सदस्य: _____	

प्रमुख स्वास्थ्य समस्याएं (लागू होने वाले सभी का चयन करें)
 चलने की क्षमता सुनने में समस्या दिखाई देने में समस्या अन्य: _____

पोषण जोखिम स्क्रीन (हां या न चुने)					
	हां	नहीं		हां	नहीं
मैं ऐसी किसी बीमारी या समस्या से पीड़ित हूँ जिसके कारण मेरे खाने के प्रकार और/या मात्रा में बदलाव हो जाता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मेरे पास हमेशा अपनी ज़रूरत का भोजन खरीदने के लिए पर्याप्त पैसे नहीं होते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं प्रति दिन 2 से कम बार भोजन करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मैं अक्सर अकेले ही खाना खाता/खाती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं फल और सब्जियाँ या दूध से बने उत्पाद कम ही खाता/खाती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मैं दिन में 3 या अधिक अलग-अलग निर्धारित या सीधे फार्मसी से ली गई दवाएं खाता/खाती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं लगभग हर दिन 3 या उससे ज़्यादा बीयर, शराब या वाइन पीता/पीती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	पिछले 6 महीनों में न चाहते हुए भी मेरा वज़न या तो 10 पाउंड कम हो गया है या बढ़ गया है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मुझे दांत या मुँह की समस्या है जिसके कारण मुझे खाना खाने में कठिनाई होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मैं खरीदारी करने, खाना बनाने और/या खुद को खाना खिलाने में हमेशा शारीरिक रूप से सक्षम नहीं होता/होती।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कुल		0	कुल		0

छह या अधिक प्वाइंट्स = उच्च पोषण जोखिम संयुक्त कॉलम का कुल: _____ /21 संभावित प्वाइंट्स

ग्राहक को पोषण जोखिम के बारे में बताया गया।
 ग्राहक को उच्च पोषण जोखिम है। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से मिलने की सलाह दी गई।

अतिरिक्त पोषण संबंधी जानकारी	
क्या वृद्ध वयस्क को चबाने में कठिनाई होती है/क्या उन्हें दांत की समस्या है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	विशेष डाइट आवश्यकताएं: <input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> डायबिटिक <input type="checkbox"/> अन्य:
सप्ताहांत के लिए ग्राहक के भोजन के स्रोत:	डाइट संबंधी परहेज:
फूड एलर्जी <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं यदि हां, तो कृपया बताएं:	

नोट: साप्ताहिक मेन्यू देखना और एलर्जी संबंधी किसी भी चिंता को पोषण प्रदाता को बताना ग्राहक की ज़िम्मेदारी है। जब संभव होगा, प्रदाता ग्राहक की डाइट संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए विशेष मील की आपूर्ति करेगा।
 ग्राहक को इस संभावना के बारे में सूचित किया गया कि भोजन में फूड एलर्जी या तो हो सकते हैं या उनके संपर्क में आ सकते हैं।

अन्य संपर्क जानकारी	
आपातकालीन संपर्क का नाम #1:	दिन के समय/सेल फोन:
आपातकालीन संपर्क का नाम #2:	दिन के समय/सेल फोन:

सूचना जारी करने का प्राधिकरण
मैं अपनी आवश्यकताओं पर चर्चा करने के लिए प्रदाता और/या जरण कर्मी पर क्षेत्रीय एजेंसी को अनुमति देता/देती हूँ।

ग्राहक के हस्ताक्षर:	तिथि:
----------------------	-------