



Регистрация участников программы по принятию пищи в местах совместного питания

Название учреждения: _____ **Новый клиент** **Продление участия в программе**
Эта форма заполняется соответствующим поставщиком услуг по программе принятия пищи в местах совместного питания.

Демографическая информация о пожилom человеке					
Дата:		ФИО:		Дата рождения:	
Адрес:			Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Эл. почта:			Тел.:	Моб. телефон:	
Этническая принадлежность: <input type="checkbox"/> Испаноязычный или латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не испаноязычный и не латиноамериканец			Семейное положение: <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Разведен(-а) <input type="checkbox"/> Холост/не замужем <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Гражданский брак		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Другой:
Расовая принадлежность: <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Азиат или американец азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски					
Ограниченное владение английским языком: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите язык: _____		Ежемесячный доход: _____ За чертой бедности: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Проживает один/одна <input type="checkbox"/> Проживает с другими Кол-во человек, проживающих дома: _____	
Серьезные проблемы со здоровьем (отметьте все подходящие)					
<input type="checkbox"/> Способность передвигаться <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Другое: _____					
Оценка рисков, связанных с питанием (выберите «да» или «нет»)					
	Да	Нет		Да	Нет
У меня есть заболевание или состояние, из-за которого мне пришлось изменить тип и/или количество потребляемой пищи.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мне не всегда хватает денег на покупку нужной еды.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я ем менее двух раз в день.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Я ем в основном в одиночестве.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я ем мало фруктов, овощей или молочных продуктов.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Я принимаю не менее трех разных рецептурных или безрецептурных препаратов в день.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Я почти каждый день выпиваю не менее трёх порций пива, крепких спиртных напитков или вина.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	За последние 6 месяцев я потерял(-а) или набрал(-а) 10 фунтов (4,5 кг), не желая того.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У меня есть проблемы с зубами или полостью рта, из-за которых мне трудно есть.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Я не всегда физически способен(-на) ходить по магазинам, готовить еду и/или есть самостоятельно.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Всего		0	Всего		0
Шесть или более баллов — высокий риск, связанный с питанием Общий результат: _____ /21 возможных баллов					
<input type="checkbox"/> Клиенту объяснили результаты оценки рисков, связанных с питанием.					
<input type="checkbox"/> Клиент считается подверженным высокому риску, связанному с питанием. Клиенту было рекомендовано обратиться к врачу.					
Дополнительная информация о питании					
Испытывает ли пожилой человек трудности с жеванием/проблемы с состоянием зубов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Особые диетические потребности: <input type="checkbox"/> Общие <input type="checkbox"/> Диабетические <input type="checkbox"/> Другие:		
Источник питания клиента на выходные:			Диетические ограничения:		
Пищевая аллергия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите:					
ПРИМЕЧАНИЕ. Клиент несет ответственность за ознакомление с еженедельным меню и информирование поставщика питания о любых вопросах, связанных с аллергией. По возможности поставщик предоставит специальное питание для удовлетворения диетических потребностей клиента.					
<input type="checkbox"/> Клиента уведомили о том, что продукты питания могут содержать пищевые аллергены или контактировать с ними.					
Дополнительные контактные данные					
Контактное лицо для экстренной связи 1:			Домашний/моб. телефон:		
Контактное лицо для экстренной связи 2:			Домашний/моб. телефон:		
Разрешение на разглашение информации					
Я даю разрешение поставщику услуг и/или персоналу регионального агентства по делам пожилых людей обсуждать мои потребности.					
Подпись клиента:			Дата:		