



Inscripción a Comidas Colectivas

Nombre del Sitio:

Nuevo Cliente

Renovación

Este formulario debe ser completado por el prestador de Nutrición colectiva correspondiente.

Información Demográfica de Adultos Mayores					
Fecha:	Nombre:	FDN:			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Correo Electrónico:	Teléfono:	Teléfono Celular:			
Entidad: <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> No Hispana o Latina		Estado Civil:		Género:	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática o Asiática-Estadounidense <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Concubinato		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Otro:	
Manejo Limitado del Inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, especifique su idioma:	Ingreso Mensual: Por Debajo de la Línea de Pobreza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive Solo/a <input type="checkbox"/> Vive con Otras Personas Número de Individuos en el Hogar:			
Principales Problemas de Salud (marque todos los que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Ambulación <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otros:					
Evaluación de Riesgo Nutricional (selección Sí o No)					
	S	N		S	N
Tengo una enfermedad o un problema que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que ingiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No siempre tengo dinero suficiente para comprar los alimentos que necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como menos de 2 comidas por día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como solo/a la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pocas frutas y verduras, o productos lácteos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo 3 o más vasos de cerveza, licor a vino casi todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin querelo, perdi o aumente 10 libras durante los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas en mis dientes o en mi boca que me dificultan la alimentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No siempre estoy físicamente apto/a para comprar, cocinar y/o alimentarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totales		0	Totales		0
Seis puntos o más = Riesgo Nutricional Elevado		Total Combinado de Columnas:		/21 Puntos Posibles	
<input type="checkbox"/> Se explicó al cliente el Riesgo Nutricional.					
<input type="checkbox"/> Se considera que el cliente tiene un Riesgo Nutricional Elevado. Se recomiendo hacer una consulta con un prestador de salud.					
Información de Nutrición Adicional					
¿El Adulto Mayor tiene dificultades para masticar/mala salud odontológica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dieta Especial Necesidades: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Diabético/a <input type="checkbox"/> Other:		
Fuente de alimentos del cliente durante los fines de semana:			Restricciones Alimenticias:		
Alergias Alimentarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, especifique:					
NOTA: Es responsabilidad del cliente revisar el menú semanal y señalar cualquier inquietud relacionada con alergias al prestador de nutrición. Siempre que sea posible, el prestador suministrará una comida especial que cumpla con las necesidades de la dieta del cliente.					
<input type="checkbox"/> Se le informó al cliente que es posible que los alimentos puedan contener o estar en contacto con alérgenos alimentarios.					
Otra Información de Contacto					
Nombre del Contacto de Emergencia #1:			Teléfono Diurno/Celular:		
Nombre del Contacto de Emergencia #2:			Teléfono Diurno/Celular:		
Autorización de Divulgación de Información					
Autorizo al prestador y/o al personal de la Agencia Local del Adulto Mayor a analizar mis necesidades.					

Firma del Cliente:

Fecha:

Iniciales del Miembro del Personal: