

# FORMA DE REGISTRO

NOMBRE  
(Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_  MASCULINO  FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

Ninguna Residencia/Persona Sin Hogar

**PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA** *(Use otra hoja si quiere agregar más de una persona)*

NOMBRE  
(Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO O TELÉFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Social Security # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (los últimos 4 números)

**ETNICIDAD**

- HISPANO/A O LATINO/A  
 NO SOY HISPANO/A O LATINO/A

**RAZA**

- BLANCO/A, CAUCÁSICO  
 HISPANO/A  
 INDÍGENA AMERICANO/ INDÍGENA ALASKA  
 ASIÁTICO/A  
 NEGRO/A, AFRICANO/A-AMERICANO  
 INDÍGENA/HAWAIANO/A O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO  
 OTRA \_\_\_\_\_

Si no habla inglés, ¿Cuál es su lengua nativa/original? \_\_\_\_\_

Me dieron el Aviso de Prácticas de Privacidad

**De acuerdo a las reglas Federales de Pobreza, SUS INGRESOS:**

- Debajo de la pobreza  Encima de la pobreza  
 Debajo de 300% SSI  Arriba de los 300% SSI  
 (El proveedor de servicio le dará una lista de las reglas actualizadas)

- ¿VIVE SOLO/A? .....  Sí  No  
 ¿ESTA DISCAPACITADO/A? .....  Sí  No  
 ¿ESTA ENFERMO/A? .....  Sí  No  
 ¿ESTA RECLUIDO AL HOGAR? .....  Sí  No  
 ¿VETERANO?.....  Sí  No  
 ¿VETERANO DEPENDIENTE?.....  Sí  No  
 ¿RECIBE MEDICAID DEL ESTADO?.....  Sí  No  
 ¿CUIDA A OTRAS PERSONAS? .....  Sí  No

**Si cuida a otras personas, ¿a quienes?**

- Esposo/a  Niño/a de edad 0-18 años  
 Un niño adulto  Padre/Madre  
 Miembro de la Familia  Otro/a: \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes actividades no puede realizar sin ayuda?**

**Actividades Diarias Básicas:**

- Comer  Vestirse  Caminar  
 Bañarse  Ir al baño  
 Levantarse/acostarse en la cama  
 Pararse/sentarse en una silla  
 **Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.**

**Actividades Diarias Instrumentales:**

- Preparar una comida  Ir de compras  
 Tomar medicina  Administrar el dinero  
 Usar el teléfono  Aseo Doméstico  
 Utilizar el transporte publico  
 **Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.**

\_\_\_\_\_  
Firma  
(1er año o actualización del formulario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – 2<sup>do</sup> año  
(Certifico que mi información no ha cambiado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**  
Services Registered For:

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**New to This Service?**

- Y  N  
 Y  N

**Nutrition Risk Assessment Score:** \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

## DETERMINE SU SALUD NUTRICIONAL

Marque con un círculo las respuestas que aplican a sus hábitos nutricionales	Si
1. Tengo una enfermedad o condición que me hace cambiar el tipo o la cantidad de comida que como.	2 puntos
2. Como menos de dos comidas por día.	3 puntos
3. Como pocas frutas o vegetales, o productos lácteos.	2 puntos
4. Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi cada día.	2 puntos
5. Tengo problemas de dientes o la boca que me hacen muy difícil de comer.	2 puntos
6. No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	4 puntos
7. Casi siempre como solo.	1 punto
8. Tomo 3 o más medicinas diferentes al día, prescritas por el médico o que compro en la farmacia.	1 punto
9. Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras en los últimos seis meses.	2 puntos
10. No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar o alimentarme.	2 puntos
<i>Total De Su Puntaje Nutricional</i>	

Si su puntaje es . . .

0—2 **Bueno!** Revise su puntaje nutricional en seis meses.

Si su puntaje es . . .

3—5 **Usted esta en un riesgo nutricional moderado.**

Vea que puede hacer para mejorar sus hábitos alimenticios y estilo de vida. Vea el folleto adjunto para ideas que le ayudarán. Revise su puntaje nutricional en tres meses.

6 o **Usted esta en un riesgo nutricional muy alto.**

más Lleve esta lista con usted la próxima vez que vea a su médico, dietista, o cualquier otro profesional de servicio calificado. Hable con ellos acerca de los problemas que usted pueda tener. Pida ayuda para mejorar su salud nutricional.

**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
2016 FEDERAL POVERTY GUIDELINES**

Tamano de familia	Guía de la Pobreza <i>48 Contiguous States and D.C.</i>	
	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales
1	\$ 11,880	\$ 990.00
2	\$ 16,020	\$1,335.00
3	\$ 20,160	\$1,680.00
4	\$ 24,300	\$2,025.00

Social Security Administración

Supplemental Security Income (SSI) - 300% 1 Person Household	\$2,199
-----------------------------------------------------------------	---------