

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 mas 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?..... 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: _____

Firma
(1er año o actualización del formulario)

Fecha

Firma – 2^{do} 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: _____

Nombre (En Imprinta) _____

Fecha _____

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 **Buena!** Revise su puntaje nutricional en seis meses.

Si su puntaje es . . .

3—5 **Usted está 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 está 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
-----------------------------------------------------------------	---------