

Colocar etiqueta aquí

Participante del Café Costa

Regreso

Nuevo

Menor de 60

Esta Forma se requiere de todos los participantes

Identificación del Participante _____

Fecha de Terminación _____

Razón _____

(1) Nombre: _____ MN: _____ Apellido: _____

(2) Sobrenombre: _____

(3) Ciudad: _____ Código Postal: _____

(4) Fecha de Nacimiento: ____ -- ____ -- ____ --
(Mes / Día / Año)

Menor de 60 años:	Sí / No
Relacionado a:	_____
Parentesco:	_____

(5) Sexo al nacer: ___ Masculino ___ Femenino ___ Se niega a declarar

(6) Género: ___ Masculino ___ Femenino
 ___ Transgénero masculino ___ Transgénero femenino
 ___ Género variante/género no binario ___ No especificado ___ Se niega a declarar

(7) Orientación sexual o identidad sexual: ___ Heterosexual ___ Bisexual ___ Se niega a declarar
 ___ Gay/Lesbiana/Amor del mismo género ___ En duda/Sin determinar ___ No especificada

(8) Raza: (Marque una opción)

<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Indio Asiático
<input type="checkbox"/>	Negro/Americano Africano
<input type="checkbox"/>	Camboyano
<input type="checkbox"/>	Chino
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Filipino
<input type="checkbox"/>	De Guám
<input type="checkbox"/>	Hawaiano
<input type="checkbox"/>	Japonés
<input type="checkbox"/>	Coreano
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Laosiano
<input type="checkbox"/>	Mejicano Americano
<input type="checkbox"/>	De Samoa
<input type="checkbox"/>	Vietnamita
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Se niega a declara
<input type="checkbox"/>	

(9) Origen étnico: Hispano/Latino ___ Sí ___ No ___ Se niega a declarar

(10) Arreglo de Vivienda: Número do miembros del hogar _____ Se niega a declarar

(11) ¿Area Rural?: ___ Sí ___ No ___ Se niega a declarar

(12) ¿Sus ingresos mensuales son menos de \$1,073 si es soltero(a), o menos de \$1,452 si es casado (a)?
 ___ Sí ___ No ___ Se niega a declarar

(13) ¿Sus ingresos mensuales son menos de \$2,587?
 ___ Sí ___ No ___ Se niega a declarar

(14) Estado Civil: ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Soltero - Nunca ha estado casado ___ Separado(a)
 ___ Divorciado(a) ___ Pareja (Conviviente) ___ Se niega a declarar

(15) Estado Veterano: ___ Veterano ___ Dependente de Veterano ___ No ___ Se niega a declarar

(16) Ciudad del Café: SAN PABLO Fecha de Inicio: ____ - ____ - ____
 (Mes) (Día) (Año)

Favor de Completar el Otro Lado (voltear)

Determinar Riesgo Nutricional

	Escoja: (Sí) (No)
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de comida que como. (2)	Sí No
Yo como menos de 2 platos de comida al día. (3)	Sí No
Yo como muy pocas frutas o verduras o productos lácteos. (2)	Sí No
Tengo 3 o más tragos de cerveza, licor or vino casi todos los días. (2)	Sí No
Tengo problemas en los dientes o la boca que hace comer difícil para mí. (2)	Sí No
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito. (4)	Sí No
Yo como solo/a la mayor parte del tiempo. (1)	Sí No
Tomo 3 o más diferentes prescrito o por medicamentos de venta libre al día. (1)	Sí No
Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses. (2)	Sí No
No siempre estoy en condiciones físicas para ir de compras, cocinar, y/o dar de comer a mí mismo. (2)	Sí No
	Se niega a declarar

Entiendo que la información que proporciono en este formulario es para fines de registro. Entiendo que se mantendrá confidencial y que la Agencia del Area para los proveedores de Envejecimiento y servicios puedan utilizar para ayudar a identificar a otros servicios para que puedan beneficiarse.

Firma del participante o de la persona que lleno el formulario

Fecha