

# FORMULARIO DE REGISTRO

NOMBRE

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

MASCULINO

FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

POSTAL: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE

(Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CELULAR: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## ETNICIDAD

HISPANO/A O LATINO/A

NO SOY HISPANO/A O LATINO/A

## RAZA

BLANCO/A, CAUCÁSICO

HISPANO/A

INDÍGENA AMERICANO/ ALASKAN NATIVE

ASIÁTICO/A

NEGRO/A / AMERICA AFRICANO/A

INDÍGENA/HAWAIANO/A O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO

OTRA \_\_\_\_\_

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

Yo estaba siempre con el Aviso de prácticas de privacidad

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

### Actividades Diarias Básicas:

Comer  Vestirse

Bañarse  Ir al baño

Levantarse/acostarse en la cama  
Pararse/sentarse en una silla

**Nada. Que 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

**Nada. Que puedo hacer estas actividades.**

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

Menos del Mínimo  Exceden la Tabla

(El proveedor de servicio le dará una lista de las reglas actualizadas)

¿VIVE SOLO/A? .....  Sí  No

¿ESTA DISCAPACITADO/A? .....  Sí  No

¿ENFERMIZO? .....  Sí  No

¿RECLUIDO AL HOGAR? .....  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 Familia

Otro/a: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – 3<sup>er</sup> año  
(Certifico que mi información no ha cambiado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – 4<sup>to</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: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE REGISTRO

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

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

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

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

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

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CELULAR: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD**

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

**RAZA**

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

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

Yo estaba siempre con el Aviso de prácticas de privacidad

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

- Menos del Mínimo  Exceden la Tabla  
 (El proveedor de servicio le dará una lista de las reglas actualizadas)

- ¿VIVE SOLO/A? .....  Sí  No  
 ¿ESTA DISCAPACITADO/A? .....  Sí  No  
 ¿ENFERMIZO? .....  Sí  No  
 ¿RECLUIDO AL HOGAR? .....  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 Familia  
 Otro/a: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – 3<sup>er</sup> año  
*(Certifico que mi información no ha cambiado)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – 4<sup>to</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:** \_\_\_\_\_