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?_____

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: _____

¿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.**

Firma *(1er año o actualización del formulario)*	Fecha	Firma – 2do año *(Certifico que mi información no ha cambiado)*	Fecha
Firma – 3er año *(Certifico que mi información no ha cambiado)*	Fecha	Firma – 4to 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: _____