

# FORMA 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 más de una persona)*

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

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

**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  
¿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?**

<p><b>Actividades Diarias Básicas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Levantarse/acostarse en la cama Pararse/sentarse en una silla <input type="checkbox"/> <b>Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.</b></p>	<p><b>Actividades Diarias Instrumentales:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Preparar una comida <input type="checkbox"/> Ir de compras <input type="checkbox"/> Tomar medicina <input type="checkbox"/> Administrar el dinero <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Aseo Doméstico <input type="checkbox"/> Utilizar el transporte publico <input type="checkbox"/> <b>Ninguno. Yo puedo hacer estas actividades.</b></p>
--	--

_____ Firma <i>(1er año o actualización del formulario)</i>	_____ Fecha	_____ Firma – 2 <sup>do</sup> año <i>(Certifico que mi información no ha cambiado)</i>	_____ Fecha
---	----------------	--	----------------

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b> Services Registered For: _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>New to This Service?</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<b>Nutrition Risk Assessment Score:</b> _____ <b>Site:</b> _____ <b>Notes:</b> _____
--	---	--