

Forma De Registro

El programa de comidas congregadas se financia con dolares estatales y federales y se pide a los participantes que reciban este servicio que completen este formulario de registro y la encuesta nutricional en la parte posterior.

Esto ayuda a la Comision de Envejecimiento de Idaho y a su agencia de area local sobre el envejecimiento a comprender las necesidades de nutricion en su comunidad y construye una red integral de personas de al tercera edad.

Gracias por ayudar a su sitio de comidas a cumplir con los requisitos del programa de nutricion.

POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS EN ESTA CAJA

Apellido

Primer Nombre

Medio/Apodo

Domicilio

Postal

Direccion De Correo Electronico

Numero De Telefono

_____/_____/_____
Fecha De Nacimiento

Si tu estais debajo de 60:

- Conyuge del participante mayores de 60 años
- Persona con discapacidad que vive con alguien mayor de 60 años
- Voluntariado durante la hora de comer menos de 60 años
- Persona que reside en un centro deslojamiento donde se sirven Comidas Congregadas

Informacion Peticion

Demografico Informacion:

Conyugal Estatus: Casado Soltero Viudo Divorciado

Vive Solo: Si No Genero: Masculino Feminino Veterano: Si No

Numero de Seguro: _____

Estimado Anual Salario de Seguro: \$ _____

Etnicidad:

- Hispano o Latino American Indian/Native Alaskan Asian
- Black/African American Native Hawaiian/Other Pacific Islander Other

Contacto de Emergencia: _____

Numero De Telephono: _____

DETERMINE SU SALUD NUTRICIONAL

Las señales de advertencia de una mala salud nutricional a menudo se pasan por alto. Use esta lista de verificación para averiguar si usted o alguien que conoce esta en riesgo 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
2. Como menos de dos comidas por día.	3
3. Como pocas frutas o vegetales, o productos lácteos.	2
4. Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi cada día.	2
5. Tengo problemas de dientes o la boca que me hacen muy difícil de comer.	2
6. No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	4
7. Casi siempre como solo(a).	1
8. Tomo 3 o más medicinas diferentes al día, prescritas por el médico o que compro en la farmacia.	1
9. Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras en los últimos seis meses.	2
10. No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar o alimentarme.	2
Total De Su Puntaje Nutricional	

Si su puntaje es . . .

0—2 Bueno! Revise su puntaje nutricional en seis meses.

Si su puntaje es . . .

3—5 Usted esta 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 mas: Si usted esta en riesgo y desea beneficiarse de asesoramiento nutricional gratuito, pongase en contacto con su coordinador de sitio de comidas, quien lo referira a un Dietista calificado.

Remember that Warning Signs suggest risk, but do not represent a diagnosis of any condition.

These materials are developed and distributed by the Nutrition Screening Initiative, a project of:



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS THE AMERICAN,



National Council on Aging,



The American Dietetic Association

For Meal-site only: Meal-site's name:

For AAA only: Fax number: _____

Email: _____

Fax or email completed form by the ___ of each month.