

Agencia del Área de Envejecimiento y Salud Pública Nutricional de la Tercera  
 Edad del Departamento de Envejecimiento y Servicios para Adultos del  
 condado de Contra Costa  
 Título IHC-1 Formulario de admisión del programa de comidas congregadas

Año fiscal



<p><b>NOTA: Los artículos marcados con asterisco (*) son obligatorios</b></p> <p>*Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____</p>		<p>*Patio de comidas Cafe Costa: _____</p> <p>*Motivo para la evaluación: _____ *Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nuevo cliente</p> <p><input type="checkbox"/> Reevaluación anual/prórroga/cambio de información</p>	
<p>*Fecha de nacimiento: ____/____/____ De preferencia Nombre</p>		<p>*Identificación de participante única: _____</p>	
<p>Dirección particular: _____</p> <p>*Ciudad: _____ *Código postal: _____</p>		<p>*Fecha de finalización: ____/____/____</p>	
<p>*Teléfono del hogar: (____) _____ - _____</p> <p>Teléfono alternativo: (____) _____ - _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p>		<p>*Motivo: _____</p> <p><small>NOTA: Se obtiene una identificación de participante única después de la entrada en GetCare</small></p>	
<p>*Contacto de emergencia Nombre/parentesco: _____ Teléfono: (____) _____ - _____</p> <p>Nombre/parentesco del contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____</p>			
<p><b>*¿Cuál es su sexo? (Marque solo uno)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Género variante/no binario</p> <p><input type="checkbox"/> No mencionado, especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No contesta</p>		<p><b>*¿Cuál era su sexo de nacimiento? (Marque solo uno)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> No contesta</p>	
<p><b>*¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque solo uno)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/Atracción por el mismo género</p> <p><input type="checkbox"/> En duda/no lo sabe con seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> No mencionado, especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No contesta</p>			
<p><b>*Raza:</b> (Marque todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o africano <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Camboyano</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No contesta</p>			
<p><b>*Origen étnico</b> (Marque solo una)</p> <p>Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta</p>		<p>Idioma hablado o escrito preferido: _____</p> <p>Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta</p>	

Año fiscal

*N.º de personas incluidas en el hogar: _____	<input type="checkbox"/> No contesta
*Ingreso mensual aproximado del hogar \$ _____ No contesta	*¿Vive solo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta
<b>Estado civil:</b>	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No contesta	
Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Dependiente de veterano <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	
Si tiene más de 60 años de edad, motivo para el servicio <input type="checkbox"/> Vivir con el cliente <input type="checkbox"/> Voluntario/a para las comidas <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Vive en un geriátrico (discapacidad) <input type="checkbox"/> Personal del patio de comidas <input type="checkbox"/> Otro _____ No contesta	
Situación de empleo:	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Voluntario/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> No contesta	

**NOTA: Los artículos marcados con asterisco (\*) son obligatorios.**

*Evaluación nutricional (Si la puntuación es de 6 o más, el cliente tiene un alto riesgo nutricional)	Sí	No	No contesta
Tengo una enfermedad o afección que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que como. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como menos de 2 comidas por día. (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pocas porciones de frutas, verduras o productos lácteos. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan comer. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito. (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como solo la mayor parte del tiempo. (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo 3 o más fármacos recetados o de venta libre por día. (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin quererlo, he subido o bajado 4.5 kg (10 libras) en los últimos 6 meses. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No siempre tengo la capacidad física de cocinar, hacer las compras o alimentarme. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo que la información que estoy proporcionando en este formulario es para propósitos de registro. Entiendo que se mantendrá su confidencialidad y que la Agencia del Área de Envejecimiento y los proveedores de servicios pueden usarla para ayudar a identificar beneficios en otros servicios.

\_\_\_\_\_  
Participante que completa la evaluación (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal que completa la evaluación (si corresponde)