**Formulario de Evaluación para los Servicios Nutricionales Colectivos**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Dirección postal Igual que la dirección de casa** |  |   **Inicio Ubicación Comentarios** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género, si no indicado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | |
| Indígena americano o Nativo de Alaska | | Del Oriente Medio o Del Norte de África | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | |
| Negro o Afroamericano | | Blanco | |
| Raza, si no indicada: |  | | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas ¿**Es usted un veterano de guerra?**  Sí  No | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | |  |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |
| 3 | $2,221 | $26,650 |
| 4 | $2,679 | $32,150 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,500 a los ingresos anuales | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

Medicare  Medicare Advantage (Parte C)  Medicaid  Exención de Medicaid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Privado | Ninguno | Otro, si no indicada : |  |

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacto de Emergencia:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Parentesco:** |  |

|  |
| --- |
| **Evaluación de Nutrición:** |

Determine su salud nutricional. Si la afirmación es correcta para usted, marque la casilla de la columna "Sí" y sume los puntos de la columna "Puntuación de sí" a la puntuación total.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas para la puntuación del riesgo nutricional** | **Sí** | **No** | **Puntua-ción de sí** |
| ¿Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come? |  |  | 2 |
| ¿Come menos de 2 comidas al día? |  |  | 3 |
| ¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos? |  |  | 2 |
| ¿Toma 3 o más medidas de cerveza, licor o vino casi todos los días? |  |  | 2 |
| ¿Tiene problemas dentales o bucales que le ocasionan dificultades para comer? |  |  | 2 |
| ¿Algunas veces no tiene dinero suficiente para comprar la comida que necesita? |  |  | 4 |
| ¿Come a solas la mayor parte del tiempo? |  |  | 1 |
| ¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día? |  |  | 1 |
| Sin quererlo, ¿ha bajado o aumentado 10 libras en los últimos seis meses? |  |  | 2 |
| ¿En algunas ocasiones usted no puede físicamente comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo? |  |  | 2 |
| **Puntuación del riesgo nutricional total** *Puntuación total de "sí":* | | | |

Puntuación del riesgo nutricional total: 0-2 = Sin riesgo, 3-5 = Riesgo moderado,  
6 o más = Riesgo alto

Si tiene un riesgo nutricional alto, ¡tome medidas! Hable con un profesional de la salud o servicios sociales cualificado sobre su salud nutricional. Proveedores: Si el cliente tiene un riesgo nutricional alto, Por favor haga una nota del caso en el Sistema de Datos de Unidad Estatal y la derivacion correspondiente

**¿Tiene interés en recibir asesoramiento sobre nutrición?**  Sí  No

**¿Le interesaría aprender sobre nutrición y una alimentación saludable?**

A qr code on a white background

Description automatically generatedSi es si, está invitado a inscribirse a Text2LiveHealthy, un programa de educación sobre nutrición que se le entrega a través de un mensaje de texto. Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para inscribirse o envíe un mensaje de texto con la palabra FRUTA al 97699.

Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe AYUDA para obtener información o envíe ALTO al 97699 para cancelar su suscripción. No es necesario comprar. Para obtener más información, visite:<https://coloradosph.cuanschutz.edu/text2livehealthy>​

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación)* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |

Elegibilidad para los servicios nutricionales colectivos - NSIP

Persona mayor de 60 años

Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona mayor de 60 años

Voluntario del programa de comidas

Persona con discapacidades que vive con una persona mayor de 60 años y la persona mayor de 60 años la acompaña al centro de comidas

Persona con discapacidades que vive en la residencia donde se encuentra el centro de comidas

Especificación de edad tribal

Elegibilidad para el asesoramiento sobre nutrición:

Persona mayor de 60 años

Cuidador/a de la persona mayor de 60 años