

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CONSUMIDOR DAS-OCP

**Nutrición: Programa de alimentos en comedor**

**Fecha de admisión:** \_\_\_\_\_ **Agencia/sitio de alimentos:** \_\_\_\_\_

Formulario llenado por:  Representante de la agencia  Consumidor

**Identificación del consumidor**

**\*Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo nombre/inicial

\_\_\_\_\_  
También conocido como (AKA) Apellido                      AKA Nombre

**\*Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Mes              Día              Año

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_ (Identificación del cliente asignada por CARS)

Identificación interna de agencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Identificación de tarjeta dorada (si se emitió): \_\_\_\_\_

Tipo de dirección:  Desconocida       Casa       Postal      ¿Sin vivienda?  Sí/ No

**\*Dirección:** \_\_\_\_\_

**\*Ciudad:** \_\_\_\_\_ **\*Estado:** \_\_\_\_\_ **\*Código postal:** \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: 1. \_\_\_\_\_  Casa       Trabajo       Celular       Ninguno

Teléfono: 2. \_\_\_\_\_  Casa       Trabajo       Celular       Ninguno

Notas:

Contactos (indique el tipo):                       Personal                       Emergencia                       Médico

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo nombre/inicial

Relación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**\*Ciudad:** \_\_\_\_\_ **\*Estado:** \_\_\_\_\_ **\*Código postal:** \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: 1. \_\_\_\_\_  Casa       Trabajo       Celular       Ninguno

Teléfono: 2. \_\_\_\_\_  Casa       Trabajo       Celular       Ninguno

Contactos (indique el tipo):  Personal  Emergencia  Médico

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre/inicial

Relación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: 1. \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Celular  Ninguno

Teléfono: 2. \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Celular  Ninguno

Notas de contactos:

### **Demografía del consumidor**

1. **\*¿Cuál es su género?** (Marque la opción que mejor describa su identidad de género actual)

Masculino  Femenino  Transexual masculino  Transexual femenino

Queer o género no binario  No se menciona, especifique \_\_\_\_\_

Se niega a responder

2. **\*¿Cómo describe su orientación sexual?** (Marque la opción que mejor describa su orientación sexual)  Heterosexual  Bisexual

Gay/lesbiana/ama al mismo sexo  Aún se lo pregunta/no sabe

No se menciona, especifique \_\_\_\_\_  Se niega a responder

3. **\*Origen étnico:**  Hispano/latino  No hispano/latino  Se niega a responder

4. **\*Raza** (Puede marcar más de uno):

|                                     |   |                                     |   |                                     |                      |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   | <input checked="" type="checkbox"/> |                      |
|                                     | Indio nativo americano o nativo de Alaska |                                     | Hawaiano                                |                                     | Samoano              |
|                                     | Asiático-Indio                            |                                     | Japonés                                 |                                     | Vietnamita           |
|                                     | Negro o afroamericano                     |                                     | Coreano                                 |                                     | Blanco               |
|                                     | Camboyano                                 |                                     | Laosiano                                |                                     | Se niega a indicarlo |
|                                     | Chino                                     |                                     | Latino/Latina                           |                                     | Otro - no enumerado  |
|                                     | Filipino                                  |                                     | Otro - Asiático                         |                                     |                      |
|                                     | Guameño                                   |                                     | Otro - Nativo de las islas del Pacífico |                                     |                      |

5. **\*Idioma principal:** \_\_\_\_\_  
(Consulte la clave de búsqueda demográfica para ver opciones)
6. Fluidez en inglés:  Necesita traducción  Limitada  Con fluidez
7. Estado de veterano:  Hijo  No  Cónyuge  Veterano
8. **\*Urbano/rural:**  Urbano  Rural  Se niega a responder
9. Distrito de supervisor: (1.º al 11.º) \_\_\_\_\_ (buscar el distrito de supervisor en ca.getcare)
10. **\*Vive:**  Solo  Con alguien  Se niega a responder
11. **\*¿Su nivel de ingresos es igual o inferior al 100 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Line, FPL)?**  
 Sí  No  Se niega a responder  
 Si la respuesta es NO, responda A y B (consulte la tabla del FPL para ver las pautas anuales):  
 A. ¿Su nivel de ingresos es igual o inferior al 200 % del FPL?  Sí  No  Se niega a responder  
 B. ¿Su nivel de ingresos es igual o inferior al 300 % del FPL?  Sí  No  Se niega a responder
12. **\*Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario** (Supplemental Security Income, SSI):  Sí  No
13. **\*Medicaid/Medi-Cal:**  Sí  Elegible  No  Declinó  Desconocido

**Con frecuencia, los signos de advertencia de una mala salud nutricional se pasan por alto. Use esta lista de verificación para saber si usted o alguien que conoce está en riesgo nutricional.**

## **\*DETERMINE su salud nutricional.**

Lea las siguientes preguntas. Encierre el número en la columna de “Sí” para las opciones que correspondan. Por cada respuesta “Sí”, anote el número en la casilla. Cuente el total de su puntaje nutricional.

| *Nombre: _____ Identificación del cliente: _____ |  | Sí | No | Se niega a responder |
|--|--|----|----|----------------------|
| 1.   | Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comida que como. | 2  | 0  | 0                    |
| 2.   | Como menos de 2 comidas al día.  | 3  | 0  | 0                    |
| 3.   | Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.  | 2  | 0  | 0                    |
| 4.   | Tomo 3 o más bebidas de cerveza, licor o vino casi todos los días.                             | 2  | 0  | 0                    |
| 5.   | Tengo problemas en los dientes o la boca que me dificultan comer.                              | 2  | 0  | 0                    |
| 6.   | No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.                        | 4  | 0  | 0                    |
| 7.   | Como solo la mayoría del tiempo.   | 1  | 0  | 0                    |
| 8.   | Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes a diario.                      | 1  | 0  | 0                    |
| 9.   | Sin querer, perdí o gané 10 libras en los últimos 6 meses.                                     | 2  | 0  | 0                    |
| 10.  | No siempre me es físicamente posible comprar, cocinar o alimentarme.                           | 2  | 0  | 0                    |
| <b>Total</b>                                     |  |    |    |                      |

\*“Pocas” significa menos de 5 porciones de frutas o verduras o menos de 2 porciones de productos lácteos o leche.

Total de su puntaje nutricional <sup>2</sup>. Si es:

|  |  |
|--|--|
| De 0 a 2   | <b>¡Bien!</b> Vuelva a revisar su puntaje nutricional en 6 meses.  |
| De 3 a 5   | <b>Tiene un riesgo nutricional moderado.</b> Vea qué puede hacer para mejorar sus hábitos alimenticios y estilo de vida. Su Oficina del Programa de Nutrición para Adultos Mayores, Centro para Adultos Mayores o Departamento de Salud puede ayudarlo. Vuelva a revisar su puntaje nutricional en 3 meses.  |
| 6 o más  | <b>Tiene un riesgo nutricional alto.</b> Lleve esta lista de verificación la próxima vez que visite a su médico, dietista u otro profesional calificado de servicios sociales o de salud. Hable con ellos sobre cualquier problema que pueda tener. Pida ayuda para mejorar su salud nutricional. Marque a continuación los recursos de nutrición que le interese recibir y tome un folleto con más información. |
| <b>Me interesan los siguientes servicios:</b><br><input type="checkbox"/> Consejería de nutrición <input type="checkbox"/> Taller de nutrición <input type="checkbox"/> No me interesa |  |

1 Desarrollado por la Iniciativa de Evaluación de Nutrición, un proyecto de la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, la Asociación Dietética Estadounidense y el Consejo Nacional del Envejecimiento (National Council on the Aging, Inc.).

2 Recuerde que los signos de advertencia sugieren riesgos, pero no representan un diagnóstico de ninguna afección.

**Para uso exclusivo de la oficina: proporcione un formulario de referencia de riesgo nutricional alto al consumidor**

Se proporcionó:  Educación de nutrición: materiales  Recursos de alimentos adicionales  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del sitio: \_\_\_\_\_ Nombre completo del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DAS-OCP

Nombre \_\_\_\_\_  
N.º de identificación de tarjeta dorada/GetCare \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **\*Seguridad alimentaria y utilización del programa alimentario**

Lea las siguientes declaraciones y marque la casilla adecuada para usted/su hogar.

1. “Nos preocupaba si nuestra comida se terminaría antes de obtener dinero para comprar más”. ¿Eso fue cierto con frecuencia, a veces cierto o nunca cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

Cierto con frecuencia                       A veces cierto                       Nunca cierto

2. “La comida que compramos no alcanzaba y no teníamos dinero para obtener más”. ¿Eso fue cierto con frecuencia, a veces cierto o nunca cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

Cierto con frecuencia                       A veces cierto                       Nunca cierto

3. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted o alguien en su hogar alimentos de un programa de alimentos como una despensa de alimentos, un comedor gratuito, comidas de refugio, alimentos en comedor para adultos mayores, comidas escolares, CalFresh o WIC?

**Sí**                       No **Si la respuesta es “Sí”, marque todas las opciones en las que participa:**

- Alimentos en comedor**     Cenas gratuitas (p. ej. Glide, St. Anthony)     Despensa de alimentos
- Alimentos con entrega a domicilio     Comestibles con entrega a domicilio
- CalFresh/cupones para alimentos/SNAP/EBT
- Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infant & Children, WIC)