

Pagina de Datos

Por favor complete ambos lados

Oct. 2016-Sept. 2017

Fecha de Nacimiento: _____
Apellido (Por Favor Use Mano Escrita) Primer Nombre

Dirección Ciudad Código Postal Municipio

Telefono de Casa: _____ Celular: _____

Marque uno: Hombre Mujer Veterano correo electrónico _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Como se entero acerca de nosotros: De un amigo Hanover Happenings Club 59 Pagina de Web

Necesidad de Servicio Social Periódico Organización Comunitaria Transporte Otro _____

Etnicidad: Marque uno

Hispano No Hispano

Raza: Por favor marque el que aplique.

Blanco

Negro o Afroamericano

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacífico

Otra Raza

Por favor Circule si o no

Vive solo/a? Si No

- Si su respuesta es si: Su ingreso mensual excede \$1,015?

Si No

- Si su respuesta es no : Su ingreso mensual excede \$1,360?

Si No

Está usted limitado en entender y hablar Inglés?

Si No

Si es "si", cual es su idioma principal? _____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS Y FIRME





Página de datos (continuación)
Por favor complete ambos lados

Oct. 2016-Sept. 2017

Por favor circulé Sí o No

1. Ha hecho cambios en los hábitos alimenticios de por vida debido a problemas de salud? **Si No**
2. Come menos de 2 comidas diarias? **Si No**
3. Come menos de cinco porciones (1/2 taza cada una) de frutas o verduras todos los días? **Si No**
4. Come menos de dos porciones de productos lácteos (como leche, yogurt o queso) todos los días? **Si No**
5. A veces no tiene suficiente dinero para comprar comida? **Si No**
6. ¿Tiene problemas para comer bien debido a problemas con la masticación/deglución? **Si No**
7. Come solo la mayoría del tiempo? **Si No**
8. Sin querer, has perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses? **Si No**
9. No siempre encuentra la manera para hacer compras, cocinar o alimentarse (o que alguien lo haga por usted)? **Si No**
10. Toma 3 o más bebidas de cerveza, vino o licor casi todos los días? **Si No**
11. Toma 3 o más diferentes medicamentos recetados o de venta libre por día? **Si No**

Firma

Fecha