

Community Servings
Formulario de Ingreso de Cliente

Fecha de hoy: _____

Información de Cliente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: / /
Genero (por favor marca uno): Masculino Femenino Transgénero

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Demográficos

Hispano/a o Latino/a:

- Hispano o Latino/a
- No Hispano o Latino/a
- Desconocido/ No reportado

Idioma Principal:

- Inglés
- Español
- Criollo de Haití
- Francés
- Portugués
- Criollo (De Cabo Verde)
- Idiomas de Asia Sureste
- Idioma Por Señas Americano
- Otro (por favor indica) _____

Raza:

(Escoge a todos que son pertinentes pero tiene que escoger uno)

- Blanco/Caucásico
- Africano Americano/Negro
- Asiático
- Hawaiano Natural/ De las Islas del Pacifico
- Indio Americano. Natural de Alaska
- Africano
- Otro Por favor indica: _____

País de Nacimiento:

- EEUU
- Dependencias de EEUU, incluyendo Puerto Rico
- Otro

Información de Vivienda y de Seguro

Residencia (Tiene que escoger uno):

- Hogar Permanente
(renta, es dueño, casa adoptiva, residencias de largo plazo)
- Hogar de Apoyo
(vivienda transitorio o de transición, sin hogar)
- Institución
(residencial, cuidado medico, centro de tratamiento y centro de residencia de grupo)
- Otro Especifica: _____
- Desconocido/ No reportado

Seguro de Salud:

- Masshealth Medicaid
- Masshealth Medicare
- Seguro Privado
- Otro Seguro Publico (Beneficios del Agencia de Veteranos)
- No Seguro
- Otro (Por favor indica): _____
- Desconocido/ No reportado

¿Tiene usted alguien quien le ayuda?

- Enfermera Visitante
- Asistente de Salud en el Hogar

- Miembro de familia,/amigo
- No tiene ayuda
- Otro (Por favor especifica) _____

Cliente tiene acceso a :

- Refrigerador
- Estufa
- Microonda
- Horno Tostador
- Horno
- Congelador

- Plato Calentador
- Fregadero

- Ninguno
- Otro (Especifica): _____

Identificación Personal

Primer Nombre de su Madre: _____

Últimos cuatro números de número de Seguro Social: ____ ____ ____ ____

Personas en el Hogar

Relación	Nombre y apellido	Raza	Genero	Alergias a comida/ Estado de Salud	Fecha de Nacimiento

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre de Contacto en caso de Emergencia: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

¿La persona /contacto en caso de Emergencia sabe del estado/enfermedad del cliente?

Información de Recomendación

Origen de Recomendación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si mismo | <input type="checkbox"/> Programa de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Gerencia de Caso | <input type="checkbox"/> Centro Medico/Medico o Enfermera |
| <input type="checkbox"/> Programa de Abuso de Sustancia | <input type="checkbox"/> Programa de Prevención/Educación |
| <input type="checkbox"/> Servicio para los Sin Hogar | <input type="checkbox"/> Otro (Por Favor Especifica) _____ |

Nombre de Referencia : _____

Teléfono de Referencia: _____

Título: _____ Agencia de Referencia: _____

Sistemas de Apoyo (Si distinto de origen de recomendación)

Nombre de Medico Principal: _____ Teléfono: _____

Agencia/Clínica: _____

Nombre de Gerente de Caso: _____ Teléfono: _____

Agencia: _____

Información Médica y de Salud

Información Diagnóstica :

- Cáncer (especifica tipo: _____)
- +VIH Circula uno no SIDA,
Estado de SIDA desconocido
SIDA Definido por CDC
- Lupus
- Enfermedad Cardíaca
- Diabetes I o II (circula cual tipo)
- Esclerosis Múltiple
- Enfermedad Parkinson's
- Enfermedad Renal
- Otro por favor especifica: _____

Categoría de Exposición (Si es SIDA o +VIH, por favor marca todos los pertinentes):

- MSM
- WSW
- Uso de Drogas por Inyección
- Contacto Heterosexual
- Transmisión Peri natal
- Hemofilia
- Por sangre, productos de sangre, tejido
- Otro Riesgo
- Desconocido

Altura y Peso

Altura _____pies. _____pulgadas.

Peso _____libras.

Estado de Peso (Por favor marca uno)

- Estable
- Pérdida de peso despacio
- No puede aumentar de peso
(describe) _____
- Aumento de peso (describe)

¿Medicaciones?

- Sí
- Sí, si, por favor arregla que su médico nos envíe una lista
- No

Alergias:

- Medicaciones
(Especifica) _____
- Comidas
(Especifica) _____
- Otro
(Especifica) _____
- Ninguno

¿Cuál es su nivel actual de efectos secundarios de sus medicaciones? (por favor marca uno)

- No tengo efectos secundarios
- Nivel Bajo (Es raro que me molestan)
- Moderado (son problema con frecuencia)
- Severa (Siempre son problema)

Previas Veces Internado en el Hospital :

Fecha	Razón	Centro Médico

Visita Médica de Revisión:

- Chequeos Regulares
- Solo cuando enfermo
- Va a Sala de Emerg.
- Nunca
- Desconocido
- Otro (describe) _____

Salud Mental

Sufre Usted de ?

- Arrebatos de Enojo
- Ansiedad
- Falta de Memoria
- Insomnio
- Nervios
- Falta de Apetito

Ha recibido tratamiento para o actualmente esta recibiendo tratamiento para:

- Esquizofrenia
- Bipolar
- Depresión
- Dependencia Droga/Alcohol (Por cuánto tiempo en recuperación? _____)
- Otro _____

Información Dietética

Tipo de Dieta

- Regular
- No Mariscos
- No Pescado
- Bajo en Grasa-bajo en colesterol
- Vegetariano – no carne, pollo o pescado
- Solo Pescado – no carne ni pollo
- No Lechera – no mantequilla, leche ni queso
- Bajo en Fibra
- Diabético
- Blanda – no sal, especies o salsa
- Molida/Suave
- No Nueces
- No Carne Rojo
- Renal
- Otro: _____

****Se tiene que platicar de cualquier otra restricción o alergia con la nutricionista****

Leche: (1 cuarto de galón por persona por semana)

Numero de Cuartos de Galones: _____

Tipo de Leche:

- Descremada/nonfat
- 1%
- 2%
- Lactaid

Otras consideraciones para tomar en cuenta para formar su plan de comida (por ejemplo, alta presión de sangre):

**** Aviso: Community Servings no puede dar comidas que son libres de trigo, libres de gluten o de libres de soy.**

Instrucciones para Entrega

Por favor provee información de entrega pertinente (por ejemplo ,portones, timbres, codigos): _____

Persona completando este formulario: _____

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____