

Ciudad de Avondale Centro Comunitario Información del Participante

Para preguntas, por favor llame (623) 333-2705

Apellido:			
Primer Nombre:			
Inicial:			
Sexo:		Fecha de Nacimiento:	
Numero de telefono (incluyendo código de área):			
Número de teléfono alternativo (incluyendo código de área):			
Domicilio:			
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Días que asisten al Centro:		L	Mar
		Mier	J
		V	
¿Necesitas Transportación?		Si	No
Cualquier alimento que se sabe o alergias medicamentos:			
Cualquier medico conocido o con necesidades especiales:			
<i>Por Favor respuestas circulo</i>			
Estado	Casado/a Separado/a Nunca he sido Casado/a Divorciado/a Viudo/a Viviendo juntos No lo Se	Nivel de Sueldo	Menos de \$300 \$300-\$499 \$500-\$699 \$700-899 \$900-\$1,499 \$1,500 o Más No lo se
Étnico	Hispano/a No soy Hispano/a o Latino/a No se	Incapacidad	Ninguna Incapacidad Minusválido/a Deficiente Mental
Raza	Güero/a Nativo American Asiano/a Moreno/a Hawaiano/a Otra Raza No lo se	Vivienda	Vivo Solo/a Vivo con mi pareja Vivo con mis Papas Vivo con otros familiars Vivo con personas no siendo familia Otro Multi-Generaciónal
Total de personas que viven en su casa:	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	Socialmente Necesitado	Si No

Información del Participante:

Nombre de Miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

M H

Contactos de Emergencia (2 Necesario)

Primer Contacto:

Nombre: _____

Relación: _____

Segundo Contacto:

Nombre: _____

Relación : _____

Número de Teléfono:

()

Número de Trabajo:

()

Número de Teléfono:

()

Número de Trabajo:

()

Domicilio : _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

PROGRAMA DE PARTICIPACION, TRANSPORTACION, Y EXENSION DE SALIDA***POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS:***

YO RECONOZCO QUE CUMPLIRE BAJO LAS POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS PUESTOS POR EL CENTRO DE ADULTOS DE AVONDALE; LISTA DE LAS POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS ESTARAN DISPONIBLE AL PEDIDO Y ALA VISTA EN EL CENTRO DE COMUNIDAD. ENTIENDO Y RECONOZCO QUE LA CIUDAD DE AVONDALE TIENE EL DERECHO SIN DAR NOTIFICACION DE MODIFICAR, CAMBIAR O TERMINAR CUALQUIER POLIZA O PROCEDIMIENTO EN EL PROGRAMA.

EXCURSIONES:

YO ENTIENDO QUE DURANTE CUALQUIER EXCURSION ACTIVA DE ADULTOS DEBERE CUMPLIR CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DEL ESTABLECIMIENTO, Y NO DEBERE IRME DEL SITIO SIN EL CONCENTIMIENTO DE LOS CHAPERONES, Y TENDRE QUE ESTAR ACOMPAÑADO DE OTRO PARTICIPANTE DURANTE LA EXCURSION A TODO TIEMPO.

DIVULGACION DE INFORMACION:

YO AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE NEIGHBORHOOD & FAMILIA SERVICIOS DE LA CIUDAD DE AVONDALE, DE RENDIR INFORMACION NECESARIA A LOS REPRESENTATES DEL DEPARTAMENTO POLICIAL EN EL CASO DE UNA INSPECCION DE BIENESTAR Y PARA AGENCIAS DE FINANCIACION COMO AREA AGENCY ON AGING PARA PROPOSITOS DE AUDITORIA.

COMUNICADO DE PRENSA:

LA CIUDAD DE AVONDALE ES PERMISIBLE (A MENOS QUE NO SEA PERMITIDO POR EL PARTICIPANTE) DE TOMAR RETRATO O GRABAR VOZ PARA USO DE UNA PUBLICACION DE TELEVISION, FILME, RADIO, O MEDIOS DE IMPRESO RELACIONADOS CON CAMPANAS PARA HACER PUBLICIDAD A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO DE LOS DEPARTAMENTOS DE NEIGHBORHOOD & FAMILIA SERVICIOS.

CONVENIO PARA EXIMIR DE RESPONSABILIDAD:

YO, EL PARTICIPANTE BAJO FIRMANTE, POR LO PRESENTE DE ACUERDO A PARTICIPAR Y/O PERMITIR AL INDIVIDUO NOMBRADO AQUI, A PARTICIPAR EN EL ANTEDICHO PROGRAMA Y ACUERDO MAS A INDEMNIZAR Y EXIMIR RESPONSABILIDAD AL GOBIERNO DE LOS EE.UU, CIUDAD DE AVONDALE, CONDADO DE MARICOPA SUS AGENTES Y EMPLEADOS DE DANO, ACCIDENTES, DANOS CORPORALES (INCLUYENDO MUERTE) O DANOS A LA PROPIEDAD EN QUE PUEDEN SER SOMETIDOS POR EL ANTEDICHO INDIVIDUO SURGIR DE, O EN ALGUN MODO CONECTADO CON LA PARTICIPACION DE LA ACTIVIDAD.

Firma de Miembro: _____

Fecha: _____

¿Cuán Bien Se Alimenta Usted?

Nombre: _____

Fecha: _____

Lea cada una de los puntos de abajo. Coloque un círculo en los números de la columna derecha, por cada respuesta "SI" que aplique a usted. El total de puntos es su puntuación alimenticia.

	SI
Tengo una enfermedad o condición física que ha contribuido a que cambie mi estilo de comer y la cantidad de comida que consumo	2
Consumo menos de dos comidas diarias.	3
Consumo poca cantidad de frutas, vegetales o productos lácteos.	2
Tomo tres o más bebidas alcohólicas diarias (ejemplo, cerveza, vino o licor)	2
Tengo problemas con mis dientes o mi boca; que se me hace difícil comer.	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como solo(a) la mayoría de las veces.	1
A diario tomo tres o más medicinas diferentes con o sin prescripción médica.	1
Sin quererlo, he perdido o aumentado de 10 libras de peso, en los últimos 6 meses	2
No siempre estoy físicamente apto(a) para ir de compras, cocinar o alimentarme.	2

PUNTUACION TOTAL _____

Su alimentación alimenticia es la siguiente:

0 – 2 ¡Buena! Chequee su puntuación alimenticia cada 12 meses.

3 – 5 **Su alimentación presenta un riesgo moderado.**

Vea como puede mejorar sus hábitos alimenticios y estilo de vida. El personal de centros de personas mayores o la línea de ayuda las 24 horas para personas de mayor edad del Area Agency on Aging pueden referirlo a un nutricionista o dietista.

6 o more **Usted está en alto riesgo nutricional**

Lleve esta lista la próxima vez que consulte a su médico, dietista o nutricionista o trabajador social. Hable con ellos acerca de los problemas identificados en esta evaluación alimenticia.