

## Sistemas de Información del Programa Nacional para Ancianos (*National Aging Program Information Systems o NAPIS*)

### Formulario de inscripción

**¡Bienvenido!** Gracias por participar. Nos gustaría que nos cuente un poco sobre usted. Los servicios están parcialmente financiados por la Ley de Estadounidenses Ancianos (*Older Americans Act*), un programa federal creado en 1965. Cada año publicamos un informe con los datos demográficos de los participantes. Toda la información que usted nos da es confidencial. No publicamos ningún dato personal. Solo edad, género, raza, código postal, nivel de pobreza, etc.

#### Sección 1: Cuéntenos sobre USTED

Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: / /	No. de personas en su hogar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más
Dirección física:		Ciudad:	Código postal:
Dirección postal:		Ciudad:	Código postal:

#### INGRESOS MENSUALES EN SU HOGAR

1 persona:	<input type="checkbox"/> \$1,012 o menos	<input type="checkbox"/> \$1,013 o más
2 personas:	<input type="checkbox"/> \$1,372 o menos	<input type="checkbox"/> \$1,373 o más
3 personas:	<input type="checkbox"/> \$1,732 o menos	<input type="checkbox"/> \$1,733 o más
4 personas:	<input type="checkbox"/> \$2,092 o menos	<input type="checkbox"/> \$2,093 o más

#### RAZA (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Desconocido u otra raza

#### ETNIA

<input type="checkbox"/> Hispano o latino
<input type="checkbox"/> No hispano o latino

#### Sección 2: En caso de emergencia, comunicarse con (información opcional)

Nombre del contacto 1:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Persona no relacionada	
Nombre del contacto 2:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Persona no relacionada	

(continúa atrás)

Llene la Sección 3 (y las Secciones 4 y 5, de corresponder) si usted participa en servicios de alimentación o recibe servicios en el hogar.

**Sección 3: Datos sobre alimentación** (marcar todos lo que corresponda)

- Tengo una enfermedad y tuve que cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que como.
- Como menos de 2 comidas por día.
- Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.
- Tomo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.
- Tengo problemas en los dientes o en la boca por los que me cuesta comer.
- No siempre tengo dinero suficiente para comprar la comida que necesito.
- Casi siempre como solo/a.
- Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre por día.
- Sin quererlo, he bajado o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.
- No siempre soy físicamente capaz de hacer compras, cocinar o comer por mí mismo.

**Sección 4: Actividades de la vida diaria\* y actividades instrumentales de la vida diaria**

Marque:	I – Independiente	A – Necesita ayuda	D – Depende de ayudantes
<input type="checkbox"/> Bañarse*	<input type="checkbox"/> Comportamiento*	<input type="checkbox"/> Vestirse*	
<input type="checkbox"/> Comer*	<input type="checkbox"/> Ir al baño*	<input type="checkbox"/> Movilidad, caminar*	
<input type="checkbox"/> Higiene y aseo personal*	<input type="checkbox"/> Traslado*	<input type="checkbox"/> Preparación de comidas	
<input type="checkbox"/> Tareas del hogar pesadas	<input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos	<input type="checkbox"/> Administración de finanzas	
<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/> Compras	<input type="checkbox"/> Toma de medicamentos	
<input type="checkbox"/> Uso del teléfono	<input type="checkbox"/> Uso del transporte		

**Sección 5: Necesidades especiales de dieta** (marque todas las que corresponda)

<input type="checkbox"/> Sin condimentos	<input type="checkbox"/> Líquidos ligeros	<input type="checkbox"/> Sin lácteos	<input type="checkbox"/> Para diabéticos	<input type="checkbox"/> Alta en calorías
<input type="checkbox"/> Alta en fibra	<input type="checkbox"/> Alta en proteínas	<input type="checkbox"/> Kosher	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Baja en calorías
<input type="checkbox"/> Baja en carbohidratos	<input type="checkbox"/> Baja en colesterol	<input type="checkbox"/> Baja en grasas	<input type="checkbox"/> Baja en fibra	<input type="checkbox"/> Baja en sodio
<input type="checkbox"/> Baja en vitamina K	<input type="checkbox"/> Alimentación nasogástrica	<input type="checkbox"/> Para renales	<input type="checkbox"/> Blanda	<input type="checkbox"/> Suplementos
<input type="checkbox"/> Líquidos espesados	<input type="checkbox"/> Vegana	<input type="checkbox"/> Vegetariana	<input type="checkbox"/> Sin trigo ni gluten	<input type="checkbox"/> Otra

**Comentarios u otra información que quiera darnos**

---



---



---



---