

# SERVICIO DE MEALS ON WHEELS

## Financiado a través de la organización Ryan Supplemental Grant y por el departamento de salud del estado de Indiana

Por favor llame al servicio al cliente de MOW para cualquier pregunta. Llamada gratis  
(844)935-9353 o al número local: (317)252-5558

Las referencias se pueden escanear y mandar por correo electrónico a Nick Fennig a la dirección  
[nfennig@mealsonwheelsindy.org](mailto:nfennig@mealsonwheelsindy.org), o al fax (317) 2525-5559 o por correo postal a Meals on Wheels  
P.O.Box 40969, Indianapolis, IN 46240

### FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Numero de HIV: \_\_\_\_\_ Expiración del RW/ Fecha de Re-Certificación: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ #Dpto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Método de preferencia para contactarlo (encierre uno) Teléfono o correo electrónico.

### INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA *(de preferencia un miembro de la familia o amigo cercano)*

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (de día): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (de noche): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

### DATOS DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE

GENERO:  Masculino  Femenino

TRANSGENERO:  Masculino a Femenino  Femenino a Masculino

¿Usted tiene problemas para hablar? \_\_\_\_\_

RAZA:  Áfrico-americano  Blanco/No-Hispano  Hispano  Asiático

Islas del pacifico  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA AGENCIA DE REFERENCIA**

Nombre de la agencia de referencia: \_\_\_\_\_

Nombre del coordinador a cargo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Fax: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA**

Cantidad CD4: \_\_\_\_\_ Carga Viral: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Diabetes? SI NO Nivel A1C: \_\_\_\_\_ Hipertensión? SI NO Presión Arterial: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE SALUD: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE MOVILIDAD (factores que influyen en la capacidad del cliente para mantener un estilo de vida independiente): \_\_\_\_\_

¿El cliente está embarazada? (circule uno) SI NO

**ORDEN DE DIETA**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente/Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Fax: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre del Cliente (Si aplica) \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Orden de la dieta (marque cuál de las que están abajo aplica):

- Dieta Regular
- Renal
- Baja en Sodio
- Diabetes

Orden de suplemento alimenticio:  Ensure  Ensure Plus  Ensure Max Protein  
 Glucerna # latas por día \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES DE LA DIETA: \*\*\* Todas las comidas de Meals on Wheels son saludables**

- No Carnes frías
- No Mariscos
- No carnes rojas
- Otros \_\_\_\_\_

El cliente tiene alguna alergia/ o es intolerante algún alimento? \_\_\_\_\_

**MEDICO QUE ORDENO LA DIETA**

Firma del médico\* y fecha: \_\_\_\_\_

\* Puede ser firmado por el personal médico en nombre de un médico o enfermero del practicante.

\*\*\* Por favor tome nota de esto Meals on Wheels no puede dar preferencias de alimentos para la entrega diaria de comidas. Además, no podemos trabajar con todo tipo de alérgenos. Nuestras cocinas procesan ingredientes con alérgenos comunes como trigo, huevo, soja, lácteos y otros.