

Registration and Nutrition Score must be updated each contract year.
PARTICIPANT EMERGENCY INFORMATION FORM

Contact People (2) - (At least one local)

1. _____
Name Relationship Telephone Number
Address: _____
Street City State Zip Code

2. _____
Name Relationship Telephone Number
Address: _____
Street City State Zip Code

Doctor: _____
Telephone Number
Address: _____
Street City State Zip Code

Health Conditions: _____

Medications Currently Taken: _____

Other Pertinent Information: _____

Update emergency information every 6 months if needed.

Updated: / / / / / /
 M D Y M D Y M D Y

Fill in all sections

Photo Release

I, the undersigned, do hereby consent and agree that PSC, its employees, or agents have the right to take photographs, videotape, or digital recordings of me and to use in any and all media, now or hereafter known, and exclusively for promotional and training purposes. I further consent that my name and identity may be revealed therein or by descriptive text or commentary.

Name: _____ Date: _____

Address: _____

Phone: _____

Signature: _____

Herramienta de Evaluación de la Salud Nutricional

Sección 1

A menudo se pasan por alto las señales de advertencia de una mala salud nutricional. Utilice esta lista de verificación para averiguar si usted o alguien que conoce está en riesgo nutricional.

- Lea las declaraciones a continuación.
- Marque la casilla de la columna SÍ en aquellas declaraciones que se apliquen a usted o a alguien que conozca.

	SÍ
1. Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que como	<input type="checkbox"/>
2. Como menos de 2 veces al día.	<input type="checkbox"/>
3. Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	<input type="checkbox"/>
4. Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	<input type="checkbox"/>
5. Tengo problemas en los dientes o en la boca que me dificultan comer.	<input type="checkbox"/>
6. No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	<input type="checkbox"/>
7. Como solo/a la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/>
8. Tomo 3 o más medicamentos diferentes, recetados o sin receta, al día.	<input type="checkbox"/>
9. Sin querer he perdido o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>
10. No siempre soy físicamente capaz de comprar, cocinar y/o alimentarme.	<input type="checkbox"/>

Sección 2

1. ¿Ha perdido peso recientemente sin intentarlo? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuánto peso (libras) ha perdido?
 2-13 14-23 24-33 34 o más No estoy seguro/a
2. ¿Ha estado comiendo mal debido a una falta de apetito? Sí No

Sección 3

Para cada declaración, indique si la declaración fue frecuentemente verdadero, a veces verdadero o nunca verdadero para su hogar en los últimos 12 meses.

1. "Nos preocupaba que se nos acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más".
 Frecuentemente Verdadero A Veces Verdadero Nunca Verdadero
2. "Los alimentos que comprábamos simplemente no duraban y no teníamos dinero para comprar más".
 Frecuentemente Verdadero A Veces Verdadero Nunca Verdadero

Nutritional Health Screening Tool

Section 1

The warning signs of poor nutritional health are often overlooked. Use this checklist to find out if you or someone you know is at nutritional risk.

- Read the statements below.
- Check the box in the YES column for those statements that apply to you or someone you know.

	YES
1. I have an illness or condition that made me change the kind and/or amount of food I eat	<input type="checkbox"/>
2. I eat fewer than 2 meals a day.	<input type="checkbox"/>
3. I eat few fruits, vegetables or milk products.	<input type="checkbox"/>
4. I have 3 or more drinks of beer, liquor, or wine almost every day.	<input type="checkbox"/>
5. I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat.	<input type="checkbox"/>
6. I don't always have enough money to buy the food I need.	<input type="checkbox"/>
7. I eat alone most of the time.	<input type="checkbox"/>
8. I take 3 or more different prescribed or over-the-counter drugs a day.	<input type="checkbox"/>
9. Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last 6 months.	<input type="checkbox"/>
10. I am not always physically able to shop, cook, and/or feed myself.	<input type="checkbox"/>

Section 2

1. Have you recently lost weight without trying? Yes No
 If Yes, how much weight (pounds) have you lost?
 2-13 14-23 24-33 34 or more Unsure
2. Have you been eating poorly because of a decreased appetite? Yes No

Section 3

For each statement, please indicate whether the statement was often true, sometimes true, or never true for your household in the last 12 months.

1. "We worried whether our food would run out before we got money to buy more."
 Often True Sometimes True Never True
2. "The food that we bought just didn't last, and we didn't have money to get more."
 Often True Sometimes True Never True