UF UNIVERSITY of FLORIDA
IFAS Extension

ENTRADA

Expanded Food and Nutrition Education Program
Formulario en la Entrada Para Adultos
Llene los Espacios en Blanco por los Participantes

Llene COMPLETAMENTE para cada cliente en la entrada. Guarde una copia en la carpeta del cliente después de la revisión por el Agente.

Nombre de la PA:_____ **ID Familiar:** _____

1.Nombre:_____
(Primer) (Inicial) (Apellido)

2. Dirección:_____

3. Ciudad:_____ Código Postal:_____

4. Teléfono:_____ 5. Edad: _____

6. Sexo: ..... F M

7. Embarazada: ..... Y N

8. Amamantamiento: ..... Y N

9. Domicillio: (circular uno)
1. Finca
2. Pueblos menos de 10,000 y no agrícola rura
3. Pueblos y Ciudades 10,000 a 50,000
4. Suburbios de Ciudades más de 50,000
5. Centros Urbanos más de 50,000

17. Subgrupos (circular todos los que apliquen)

A. EFNEP **D. ESWIC**
B. Program Family **E. Muestra (Sample)**
C. FNP **F. Otro:** _____

10. El grado educativo más alto completado: _____

11. Ingreso total por familia del mes pasado: $_____

12. Tipo de Lección: (circular)
1. Grupo 2. Individuo 3. Ambos

13. # Lecciones: _____

14. # Contactos: _____

18. Etnicidad: (Circular uno):
A. Hispano B. No Hispano

19. Raza (Por favor marque todo que aplique)

____ Indio Americano o Nativo de Alaska ____ Asiático
____ Negro o Afro Americano ____Blanco
____ Hawaiano Nativo u Otro Isleño Pacífico ____ Otro

20. Subcategoría: _____

15. Primer Nombre y Edad de Los Niños (hasta los 19 años):

	Edad
1)_____	_____
2)_____	_____
3)_____	_____
4)_____	_____
5)_____	_____

16. Número de otros adultos en casa:
(no se incluye): _____

21. Asistencia Gubernamental: Marca cualquier programa de ayuda donde su familia es participe:

1.___WIC/CSFP
2.___Food Stamps
3.___FDPIR (Food Distribution Program Program on Indian Res.)
4.___TEFAP Commodities
5.___Head Start
6.___Child Nutrition
7.___TANF (WAGES)
8. Otro: _____

22. Fecha de Entrada: _____

23. Remarks:

Updated 09/06

Alimentos Consumidos en las Ultimas 24 Hrs. a la Entrada

ENTRADA

1. 1. ¿Toma usted suplementos nutricionales? Sí ____ No ____ Escriba los que use: _____	2. Dinero gastado en alimentos en el mes pasado: $ _____ 3. Today's date: _____
Tipo de Comidas 1 = Mañana 4 = Merienda 2 = Merienda 5 = Comida 3 = Almuerzo 6 = Merienda	Abreviaciones de porciones cda = cucharada t = taza cdta = cucharadita lb = libra oz = onza reb = rebanada

¿Ayer por cuanto tiempo estuvistes activa? ___30 minutos o menos ___30 - 60 minutos ___60 o mas

4. ¿Qué comió o tomó en las últimas 24 horas? Alimentos y su Descripción (Escriba todos los alimentos y las bebidas. Escriba ingredientes en comidas mixtas.)	Cantidad Comió	Tipo de Comida