

# Formulario de admisión de pacientes

## Información del jefe de familia

Nombre :  Apellido :

Dirección :

Ciudad :  Código postal :

Cantidad de integrantes  = Adultos mayores de más de 60 años :  + Adultos (18-59) :  + Menores de 18 años :

## Términos y condiciones

Autorizo al Banco de Alimentos Regional de Los Ángeles ("LARFB") a cargar mi información de identificación personal, que puede incluir mi nombre, fecha de nacimiento, género, etnia, dirección, información de contacto e información de mi familia, según se solicite en este Formulario de admisión de pacientes, así como mis transacciones de servicios, a la base de datos en la nube de Oasis Insight. Entiendo que, mediante la carga, mi información de identificación personal puede compartirse con otras agencias asociadas o despensas de alimentos, pero solo con el propósito de evaluar datos estadísticos para mejorar los programas benéficos. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con un miembro del equipo de Relaciones con Agencias del LARFB, y que las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que la original.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

No se requiere completar las siguientes secciones para recibir alimentos. Sin embargo, le pedimos que considere brindar esa información. Nos ayudará a solicitar más recursos alimentarios en el condado de Los Ángeles.

## Información de contacto

N.º de teléfono :  Correo electrónico :

## Datos demográficos del jefe de familia

Mes/año de nacimiento:  Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no responder  
☐ No binario/género fluido

Etnia: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano o latino ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Medio Oriente ☐ Otro:

## Informacional opcional

Marque las opciones que se apliquen a alguien en su familia

Estado militar: ☐ Activo ☐ Veterano ☐ Prefiero no responder

Situación de vivienda: ☐ Alquiler/propiedad ☐ Sin hogar ☐ Otro:

Persona con discapacidad: ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Asistencia del gobierno: ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ CalWorks/TANF ☐ Programa General Relief ☐ Section 8 ☐ Programa WIC ☐ Programa SSI ☐ Otro:

(Seleccione todo lo que corresponda)

# Formulario de admisión de pacientes

## Familiares

### Adultos

Nombre e inicial del apellido:

Año de nacimiento:

Etnia:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No responde

☐ No binario/género fluido

### Menores

Nombre e inicial del apellido:

Año de nacimiento:

Etnia:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro:

☐ Igual que lo anterior ☐ Otro: