



Por favor enumere a todos los niños en el hogar

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Herramienta de detección de necesidades sociales relacionadas con la salud de comunidades responsables de la salud

### **Casa familiar**

¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

\_\_\_\_\_ ( a ) Tengo vivienda.

\_\_\_\_\_ ( b ) No tengo vivienda. ( quedarse con otros, en un hotel, en un albergue, vivir afuera en la calle, en la playa, en un auto o en un parque)

\_\_\_\_\_ ( c ) Elijo no responder esta pregunta.

¿Te preocupa perder tu vivienda?

\_\_\_\_\_ ( a ) Sí

\_\_\_\_\_ ( b ) No

\_\_\_\_\_ ( c ) Elijo no responder esta pregunta.

### **Dinero y recursos**

¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que ha terminado?

\_\_\_\_\_ ( a ) Menos del grado de escuela secundaria

\_\_\_\_\_ ( b ) Diploma de escuela secundaria

\_\_\_\_\_ ( c ) Más que un título de escuela secundaria

\_\_\_\_\_ ( d ) Elijo no responder esta pregunta

¿Cuál es tu situación laboral actual?

\_\_\_\_\_ ( a ) Desempleado

\_\_\_\_\_ ( b ) A tiempo parcial o temporal

\_\_\_\_\_ ( c ) Trabajo a tiempo completo

\_\_\_\_\_ ( d ) Desempleado pero no busca trabajo

( por ejemplo : estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador principal no remunerado)

### **Necesidades no satisfechas**

En el último año, ¿usted o algún familiar con el que vive no ha podido obtener alguno de los siguientes cuando realmente lo necesitaba?

#### Alimento

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

#### Ropa

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

#### Utilidades

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

#### cuidado de niños

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

#### Medicamentos o cualquier atención médica (médica, dental, de salud mental o de la vista)

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

#### Teléfono

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no responder esta pregunta

Otro: \_\_\_\_\_

### **Transporte**

¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? Marque todo lo que corresponda

- (a) Sí, me ha impedido asistir a citas médicas o recibir mis medicamentos.
- (b) Sí, me ha impedido asistir a reuniones, citas, trabajos no médicos o conseguir cosas que necesito
- (c) No
- (d) Elijo no responder esta pregunta

### Salud social y emocional

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y con las que se siente cercano? (Ej: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, ir a la iglesia o reunión del club).

- (a) Menos de una vez por semana
- (b) 1-2 veces por semana
- (c) 3-5 veces por semana
- (d) Más de 5 veces por semana
- (e) Elijo no responder esta pregunta

El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado estás?

- (a) En absoluto
- (b) Un poco
- (c) Algo
- (d) Bastante
- (e) Mucho
- (f) Elijo no responder esta pregunta

### Preguntas de seguridad opcionales

En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional de menores?

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no contestar

¿Eres un refugiado?

- (a) Sí
- (b) No
- (c) Elijo no contestar

¿Se siente físicamente seguro y emocionalmente seguro donde vive actualmente?

- (a) Sí
- (b) No
- (c) No estoy seguro
- (d) Elijo no contestar

En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?

- (a) Sí
- (b) No
- (c) No estoy seguro
- (d) Elijo no contestar