



FORMULARIO DEL PACIENTE (versión corta)

Responda lo siguiente.

ALOJAMIENTO

- ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?¹
 - No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o de trenes, o en un parque)
 - Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perder la vivienda en el futuro
 - Tengo vivienda
- Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? (marque todo lo que corresponda)¹
 - Infestación de insectos
 - Moho
 - Pintura o tuberías con plomo
 - Calefacción inadecuada
 - Horno o cocina que no funciona
 - No tiene detectores de humo o los detectores no funcionan
 - Pérdidas de agua
 - Ninguna de las anteriores

COMIDA

- Durante los últimos 12 meses, se preocupó porque podía quedarse sin comida antes de obtener dinero para comprar más.¹
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
- En los últimos 12 meses, la comida que compró no alcanzó y no tenía dinero para obtener más.¹
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca

TRANSPORTE

- En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todo lo que corresponda)¹
 - Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos
 - Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas, al trabajo u obtener cosas que necesito
 - No

SERVICIOS PÚBLICOS

- En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua ha amenazado con desconectar los servicios en su hogar?¹
 - Sí
 - No
 - Ya los desconectó

SEGURIDAD PERSONAL

- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo lastima físicamente?¹
 - Nunca
 - Pocas veces
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente
- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo insulta o lo menosprecia?¹
 - Nunca
 - Pocas veces
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente
- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo amenaza con hacerle daño?¹
 - Nunca
 - Pocas veces
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente



10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, le grita o lo insulta?¹

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Con bastante frecuencia
- Frecuentemente

ASISTENCIA

11. ¿Le gustaría recibir ayuda para alguna de estas necesidades?

- Sí
- No

Las preguntas 1-10 se vuelven a imprimir con permiso de la Academia Nacional de Ciencias, cortesía de National Academies Press, Washington, D.C.

REFERENCIA

1. Billioux A, Verlander K, Anthony S, y Alley D. National Academy of Medicine. Evaluación estandarizada de las necesidades sociales relacionadas con la salud en entornos clínicos: la herramienta de evaluación de comunidades responsables de la salud. National Academies Press. Washington, D.C. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf>. Consultado el 14 de noviembre de 2017.

