











POR FAVOR, INSERTE AQUÍ
LA ETIQUETA DEL PACIENTE

Su equipo de salud se interesa en su bienestar integral. Por favor, tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas antes de ver a su médico. **Este cuestionario es optativo.**

		SI / NO
	¿Le preocupa que en los próximos 2 meses no disponga de un lugar seguro o estable donde vivir? (riesgo de desahucio, de ser echado, de indigencia)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Le preocupa que el lugar donde vive ahora le esté enfermando? (tiene moho, insectos/roedores, goteras, falta de calefacción)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Le ha amenazado la compañía de luz, gas, combustible para calefacción o agua con cortar el servicio en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Ha temido en los últimos 12 meses que se pudiera acabar la comida antes de conseguir dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Le ha impedido no contar con transporte, ir a alguna cita médica u obtener sus medicaciones en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	En los últimos meses, ¿ha tenido que dejar de comprar algún medicamento o ir al médico para ahorrar dinero?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Necesita ayuda para cuidar de un niño o de un adulto anciano o enfermo?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Necesita asistencia legal? (servicios de familia/infantiles, inmigración, discriminación de vivienda, problemas domésticos, etc.)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Le resulta difícil llevarse bien con su pareja, esposo(a) o familiares?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	¿Hay alguna persona en su vida que le haga daño, le amenace, le asuste o le haga sentir inseguro?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Número de teléfono: _____

Mejor momento para llamar: _____

Prueba de Determinantes Sociales de Salud de Montefiore
a: 9 de marzo de 2018

Advertencia: Este instrumento de evaluación se ha obtenido a partir del Instrumento de Evaluación Recomendado por *Health Leads* (<https://healthleadsusa.org/>) con licencia de Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 Licencia Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>) y ha sido adaptada por el Departamento de Salud Poblacional y Comunitaria de Montefiore Health System.