

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario de detección de necesidades sociales relacionadas con la salud del estado de Nueva York

Vivienda/Servicios Públicos

1. ¿Cuál es tu situación de vida hoy en día?

Tengo un lugar estable donde vivir
Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
No tengo un lugar fijo donde vivir (estoy alojado temporalmente en casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)

2. Piensa en el lugar donde vives. ¿Tienes problemas con alguno de los siguientes? SELECCIONA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

Plagas como insectos, hormigas o ratones El horno o la estufa no funcionan
Moho Los detectores de humo no funcionan o no hay detectores de humo
Pintura o tuberías con plomo Fugas de agua
Falta de calefacción Ninguna de las anteriores

3. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

Sí Ya apagado
No

Seguridad alimentaria

4. En los últimos 12 meses, le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.

A menudo es cierto Nunca es cierto
A veces es cierto

5. En los últimos 12 meses, la comida que compraste simplemente no duró y no tuviste dinero para comprar más.

A menudo es cierto Nunca es cierto
A veces es cierto

Transporte

6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas que necesita para la vida diaria?

Sí
No

Empleo

7. ¿Necesitas ayuda para encontrar o conservar un trabajo o empleo?

Sí, ayuda para encontrar trabajo
Sí, ayuda para mantener el trabajo
No necesito ni quiero ayuda

Educación

8. ¿Necesita ayuda con la escuela o la formación? Por ejemplo, ¿para empezar o completar una formación laboral o para obtener un diploma de secundaria, GED o equivalente?

Sí
No

Seguridad interpersonal

Debido a que la violencia y el abuso le ocurren a muchas personas y afectan su salud, nos hacemos las siguientes preguntas.

Una puntuación de 11 o más cuando se suman los valores numéricos de las respuestas a las siguientes cuatro preguntas, muestra que la persona podría no estar segura

9. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le lastima físicamente?

Nunca (1) Con bastante frecuencia (4)
Rara vez (2) Con frecuencia (5)
A veces (3)

10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le insulta o le habla con condescendencia?

Nunca (1) Con bastante frecuencia (4)
Rara vez (2) Con frecuencia (5)
A veces (3)

11. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

Nunca (1) Con bastante frecuencia (4)
Rara vez (2) Con frecuencia (5)
A veces (3)

12. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, te grita o te maldice?

Nunca (1) Con bastante frecuencia (4)
Rara vez (2) Con frecuencia (5)
A veces (3)

(Por favor, proceda al reverso de esta página para obtener el consentimiento)

CONSENTIR

Utilizamos esta encuesta para comprender las necesidades de nuestros pacientes que podrían afectar su salud. Podríamos compartir sus respuestas con otros profesionales de la salud, su plan de salud y las organizaciones de servicios sociales para que determinen si califica para recibir servicios no médicos gratuitos que podrían serle útiles. Marque esta casilla si acepta continuar. Puede optar por no responder a esta encuesta, pero solo podremos buscar servicios si lo hace.

Acepto

Me niego

Firma del paciente _____ **Fecha/Hora** _____

Firma del personal clínico _____ **Fecha/Hora** _____