

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA INICIATIVA DE SALUD SOCIAL DE CONNECTICUT

Este formulario le pregunta si necesita ayuda con cosas tales como comida, calefacción o vivienda.

Nombre del paciente: _____	Fecha de hoy: _____
Domicilio: _____	Número de teléfono: _____
	La mejor hora para llamar: _____

SOBRE USTED

1. ¿En qué idioma se siente más cómodo hablando?

<input type="checkbox"/>	Inglés
<input type="checkbox"/>	Aparte de inglés (por favor indique):
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.

2. ¿De qué raza es usted? (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawaii
<input type="checkbox"/>	Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>	Negro/Afro-Americano
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Nativo Americano o de Alaska
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor indique):		
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.		

3. ¿Es usted hispano o latino?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No deseo responder.
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------

VIVIENDA

4. ¿Tiene un lugar donde vivir hoy?

<input type="checkbox"/>	Tengo un lugar para vivir. (por favor indique en donde):
<input type="checkbox"/>	Me preocupa acerca de tener un lugar para vivir.
<input type="checkbox"/>	No tengo un lugar para vivir.
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.

ESCUELA

5. ¿Cuánto tiempo asistió a la escuela?

<input type="checkbox"/>	No terminé la preparatoria.
<input type="checkbox"/>	Terminé la escuela preparatoria o tengo un GED.
<input type="checkbox"/>	Terminé más que la escuela preparatoria.
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.

TRABAJO Y RECURSOS

6. ¿En qué trabaja?

<input type="checkbox"/>	No trabajo	<input type="checkbox"/>	Trabajo de medio tiempo o temporal	<input type="checkbox"/>	Trabajo de tiempo completo	
<input type="checkbox"/>						No es suficiente trabajo o salario muy bajo. Otro (por favor indique):
<input type="checkbox"/>						No estoy buscando trabajo (por qué, indique por favor):
<input type="checkbox"/>						No deseo responder.

7. El año pasado, ¿qué le faltó a usted o a su familia? (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	Calefacción/luces/agua	
<input type="checkbox"/>				Medicamento(s)
<input type="checkbox"/>				Cuidados de salud (médico, dental, visión)
<input type="checkbox"/>				Otro (por favor indique):
<input type="checkbox"/>				No deseo responder.

8. ¿La falta de transporte le impidió llegar al médico, trabajar o conseguir cosas que necesita todos los días? (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Sí (por favor indique)
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.

9. ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos o familiares, ya sea en persona o por teléfono?

<input type="checkbox"/>	Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces por semana	
<input type="checkbox"/>	3 a 5 veces por semana	<input type="checkbox"/>	5 o más veces por semana	
<input type="checkbox"/>				No deseo responder.

10. ¿Le gustaría obtener ayuda con algo de lo que hablamos?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No deseo responder.

Nota para los hospitales y proveedores: Obtener y documentar el permiso del paciente antes de llamar a las agencias comunitarias a nombre de los pacientes.