

Evaluación de las necesidades del paciente

Este formulario pregunta sobre comida, vivienda y transporte para proporcionar ayuda a través de recursos de la comunidad si se desea.

Comida

1. En los últimos 12 meses, le preocupó que su comida se acabara antes de que tuviera dinero para comprar más.

Verdadero con frecuencia

Verdadero en ocasiones

Falso

2. En los últimos 12 meses, la comida que compró no alcanzó y no tenía dinero para comprar más.

Verdadero con frecuencia

Verdadero en ocasiones

Falso

Vivienda

3. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?

Tengo un lugar estable para vivir

Tengo un lugar estable para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.

No tengo un lugar estable para vivir (me estoy quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, estación de autobús o tren o en un parque)

4. Piense en el lugar que vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes?

Elija todas las que correspondan:

Pestes como insectos, hormigas, o ratones

Moho

Pintura o tuberías de plomo

El horno o la estufa no funcionan

No hay detectores de incendios o no funcionan

Fugas de agua

Ninguna de las anteriores

Transporte

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

Sí

No

Nota a hospitales y proveedores: Obtenga y documente el permiso del paciente antes de comunicarse con agencias de la comunidad a nombre del paciente.