

Social Determinants of Health-ES

Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes

En que direccion vive?

Confianza Health se dedica a proveer servicios a nuestros miembros y sus familias. Por favor completar el siguiente formulario para determinar sus necesidades y poderle brindar una mejor ayuda mientras esta en servicios con nosotros.

Características personales

1. Hispano/a o Latino/a?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

2. Cual es su raza? Marque todas las que correspondan

- ☐ Asiatico
- ☐ Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska
- ☐ Moreno / afroamericano
- ☐ Blanco
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Residente de las Islas del Pacífico
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

3. En algún momento de los últimos 2 años, ¿ha sido el trabajo agrícola el ingreso principal de su familia?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Familia y Hogar

4. 6. ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted? (usted incluido)

5. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- ☐ Tengo vivienda
- ☐ No tengo vivienda (vivo con otros, en un hotel, refugio, en la calle, en un parque, etc.)
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

6. . ¿Le preocupa poder perder su vivienda?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Dinero y recursos

7. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?

- ☐ Menos de escuela secundaria
- ☐ Mas de escuela secundaria o GED
- ☐ Diploma de escuela secundaria o GED
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

8. . ¿Cuál es su situación de trabajo?

- ☐ Desempleado
- ☐ Trabajo de tiempo parcial o temporal
- ☐ Trabajo de tiempo completo
- ☐ Desempleado pero no busca trabajo (estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado)
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

9. Prefiero no responder a esta pregunta?

- ☐ Ninguno/no asegurado
- ☐ Medicaid
- ☐ ALTECS Medicaid
- ☐ Medicare
- ☐ Otro seguro público (no CHIP)
- ☐ Otro seguro público (CHIP)
- ☐ Seguro Privado
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

10. Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de su familia? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio.

11. 4. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan

- ☐ Comida
- ☐ Ropa
- ☐ Servicios
- ☐ Cuidado Infantil
- ☐ Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)
- ☐ Telefono
- ☐ Otro
- ☐ I choose not to answer this question

12. ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Salud social y emocional

13.¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club)

- ☐ Menos de una vez por semana
- ☐ 1-2 veces por semana
- ☐ 3-5 veces por semana
- ☐ 6 o mas veces por semana
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

14. Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Que tan estresado se encuentra?

- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Mucho
- ☐ Bastante
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Preguntas adicionales opcionales

15. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

16. ¿Es refugiado?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

17. ¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro/a
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

18. Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro/a
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Person signing document *

Signature: * **x** _____

Date: