

Bienvenido. Esta herramienta de proyección se utilizará para apoyarle con sus metas de salud. No hay respuestas equivocadas. Sus respuestas son completamente confidenciales y no afectaran sus beneficios o servicios.

Nota: No complete esta hoja de proyección si usted ya lleno una en los últimos 3 meses.

<p>Nombre: _____ Apellido: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: ____/____/____ Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> <p>Número CIN del Medicaid: _____ Código Postal: _____ (Persona sin hogar – aproximadamente.)</p>		
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez no comiste lo que querías porque no había suficiente dinero para comer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses, ¿su compañía de servicios de electricidad/gas interrumpió su servicio por no pagar su factura?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Te preocupa qué en los próximos 2 meses, no puedas tener una vivienda estable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Problemas para conseguir cuidado infantil, hacen que sea difícil trabajar o estudiar? (dejar en blanco si no tienes hijos)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses, ¿has necesitado ver a un médico, pero no pudiste por el costo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo que dejar de recibir atención médica porque no tenía manera de llegar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez necesitaste ayuda para leer los materiales del hospital?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes miedo de que te lastimen en tu edificio de apartamentos o en tu casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna de sus necesidades es urgente? Por ejemplo: no tengo comida esta noche, no tengo dónde dormir esta noche	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

BHNNY and ABFH PPS SDH Screening Tool *Adapted from Health Leads*