

Health Leads Social Needs Screener (SPANISH)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Completado por: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro; _____

		Yes / No
	En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que creía que necesitaba porque no le alcanzaba el dinero para la comida?	☐ Y ☐ N
	En los últimos 12 meses, ¿Lo(a) amenazó con suspenderle el servicio en su casa la compañía de electricidad, gas, combustible o agua?	☐ Y ☐ N
	¿Le preocupa quedarse sin vivienda estable en los próximos dos meses?	☐ Y ☐ N
	¿Conseguir cuidado de niños le dificulta trabajar o estudiar?	☐ Y ☐ N
	En los últimos 12 meses, ¿necesitó ver a un médico pero no pudo por el costo?	☐ Y ☐ N
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez dejó de recibir cuidados de salud porque no tenía cómo llegar al sitio?	☐ Y ☐ N
	¿Alguna vez necesita ayuda para leer los materiales del hospital?	☐ Y ☐ N
	A menudo siento que me falta compañía	☐ Y ☐ N
	¿Es urgente alguna de estas necesidades? Por ejemplo: No tengo qué comer esta noche, no tengo dónde dormir esta noche.	☐ Y ☐ N
	Si marcó que sí a cualquiera de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con cualquiera de estas necesidades?	☐ Y ☐ N

Para uso exclusive del personal:

Completed Date: _____

Assistance Needed? ☐ Y ☐ N

Chart #: _____

Assistance Request? ☐ Y ☐ N

Staff Name: _____
