

Para renovar con AccessHealth, devuelva las formas completas y los siguientes documentos a la oficina.

Use tinta **NEGRA o AZUL SOLAMENTE**

COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO

INGRESOS - de **USTED Y** de los siguientes **Adultos** que viven en su hogar:

1. Su cónyuge o pareja
2. Cualquier persona que usted ponga en sus impuestos
3. Cualquier persona que lo ponga a usted en los impuestos.

▪ **Ingresos por Empleo:**

- Últimos **2** recibos de pago de **TODOS LOS ADULTOS QUE TRABAJAN EN EL HOGAR**
- Si no recibe recibos de pago, pregunte a un miembro del personal de AccessHealth qué documentación necesita

▪ **Otros Ingresos:**

- Carta de discapacidad para **ESTE** año
- Carta de Seguridad Social o Seguridad Suplementaria (SSI) para **ESTE** año
- Declaración de desempleo
- Declaración de jubilación

▪ **NO Ingreso:**

- Formulario de NO ingresos---proporcionado por AccessHealth

SNAP— Carta de aprobación actual de SNAP (estampillas de alimento)

PRUEBA DE DIRECCIÓN (donde usted vive)

- CUALQUIER correspondencia con su nombre y dirección física (***No escrita a mano***)

Después de que se apruebe su renovación, se debe pagar una tarifa de \$20 en **efectivo o giro postal SOLAMENTE.**

Por favor llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Por favor, ayúdenos a AYUDARLE!!!

Por favor responda nuestra Encuesta de Satisfacción. Hay 4 formas de completar uno.

- Copia en papel--Obtenga uno en nuestra oficina o podemos enviárselo por correo
- En la oficina
- Usa este enlace: https://uofsc.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_2lYGEBZZnqjsf2u
- Use el código QR para completar usando su teléfono



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro Social o ITIN: _____ Número de teléfono: _____ (Casa/Celular)

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Resumen del Programa:

Doctores, hospitales y otros proveedores han donado sus servicios para ayudarle a recuperarse y mantenerse bien. Por favor note que la disponibilidad de servicios depende en médicos voluntarios y puede terminar debido a la falta de servicios voluntarios. Sus responsabilidades, la asistencia disponibilidad y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento.

Reservamos el derecho a requerir que usted pague por cualquier asistencia que puede recibir basada en información incorrecta proporcionada por usted. ***Puede recibir algunas facturas, de las cuales usted sera responsable, en el caso que necesite servicios que no son donados actualmente por el programa de AHS.***

Los clientes que anticipan acciones legales con respecto a una lesión o enfermedad no son elegibles para recibir ayuda a través de Accesshealth.

Los proveedores voluntarios de Accesshealth no aprobarán ningún papeleo relacionado con la discapacidad y, por lo tanto, solicitar la discapacidad debe ser un proceso separado.

Todavía podemos ofrecer a los clientes la atención necesaria que está separada del proceso por discapacidad o acción legal.

Usted comprende y acepta que Accesshealth lo está ayudando a coordinar la atención y a ubicar el proveedor o proveedores médicos y / o sociales adecuados para usted, pero AHS no brinda ningún servicio médico / social. Los médicos, consultorios, organizaciones gubernamentales u otras organizaciones de apoyo que participan con AccessHealth no son empleados ni agentes de nosotros, y no somos responsables de sus actos u omisiones.

Responsabilidades del Cliente

Estoy de acuerdo / entiendo que yo:

1. Proporcionare prontamente cualquier información, que puede ser solicitada por el programa, dentro del plazo solicitado. Si se descubre que alguna información es intencionalmente engañosa, eso sería motivo de cancelación de la inscripción en el programa AHS.
2. Contactará AHS inmediatamente con cualquier cambio en su dirección o numero de teléfono.
3. Aplicará para Medicaid o otros programas de asistencia si usted es elegible.
4. Contactará inmediatamente AHS si su ingreso cambia o si se cubre por Medicare, Medicaid, seguro privado o otro seguro de salud/beneficios médicos.

5. Se le asignará un hogar médico / médico a través de AHS, según la disponibilidad. **No es una práctica de AHS cambiar de médico / hogar médico una vez asignado.**
6. Referencias a un especialista hará basado en las recomendaciones de su médico de cuidado primario.
7. **Limitar mis visitas al Departamento de Emergencias a verdaderas emergencias.** La mayoría de los problemas, como dolor de garganta, alergias, etc., pueden ser tratados más rápidamente por su proveedor de atención primaria. **Los clientes de AHS que van repetidamente al Departamento de Emergencias sin una emergencia genuina pueden ser desafiliados de AHS y son responsables de los cargos del Departamento de Emergencias.**
8. Para necesidades urgentes (que no pongan en peligro la vida) **DURANTE** el horario laboral, llamaré a mi Proveedor de atención primaria oa AHS si necesito que me vean en otro lugar para recibir tratamiento.
9. Para necesidades urgentes (que no pongan en peligro la vida) **DESPUÉS** del horario laboral, me pondré en contacto con Regional On-Call y / o buscaré atención en un Centro Regional de Atención Inmediata de Spartanburg. Notificaré a AHS de mi visita a Atención Inmediata el próximo día hábil.
10. Seguire las reglas a continuación cuando acceda a servicios / proveedores a través de AccessHealth:
 - Compartir la responsabilidad de mantener mi salud viviendo un estilo de vida saludable, cooperando con los proveedores, obteniendo y tomando mis medicamentos, siguiendo mi plan de tratamiento.
 - Ser respetuoso con los proveedores de servicios conectados a través de AccessHealth.
 - Cumplir con cada cita. Si necesito cancelar, notificaré al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes de mi cita o mi cita se marcará como "No se presentó". **Tres (3) "No-shows" pueden resultar en la desafiliación del programa AHS.**
 - Llegar a tiempo a mis citas. Si llego más de 15 minutos tarde a una cita, será cancelada y reprogramada.
 - Presentar mi tarjeta de identificación de AHS y una identificación con foto cada vez que vea a un proveedor.
 - **NO** solicitaré medicina para el dolor, ni sustancias controladas a los proveedores de AHS.
 - **NO** presentaré formularios de discapacidad a los proveedores de AHS, ni solicitaré pruebas / procedimientos diseñados para demostrar la discapacidad. **El tratamiento de los proveedores de AHS está diseñado para controlar y mejorar su salud.**
11. Seguire las reglas a continuación cuando use Gift in Kind a través de AccessHealth:
 - Los productos recibidos del cuarto Gift in Kind son solo para el cliente y la familia de AHS.
 - Los productos del cuarto Gift in kind no pueden devolverse a las tiendas, venderse en tiendas minoristas, ventas de garaje, tiendas de segunda mano, ventas de garaje, en la web ni transferirse a otra organización o persona por ningún motivo, incluido el intercambio por dinero, propiedad u otros servicios.

Al firmar a continuación, confirmo que estoy de acuerdo con las condiciones anteriores y que la información que proporcioné es precisa. Si no sigo las reglas anteriores, es posible que se cancele mi inscripción en AHS.

Firma: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO/AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE RECONOCIMIENTO DE CESIÓN DE BENEFICIOS

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo/nosotros damos voluntariamente nuestro consentimiento para el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico que proporciona Spartanburg Regional Health Services District, Inc. SRHS y sus hospitales, médicos, clínicos y otro personal afiliado. Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para que se hagan pruebas de enfermedades infecciosas incluyendo, entre otras, sífilis, sida, hepatitis y pruebas de detección de drogas si mi médico lo considera aconsejable. Yo/nosotros somos conscientes de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconocemos que no se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o los exámenes.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

El hospital, el consultorio médico y el médico de atención directa están autorizados para revelar cualquier información médica que se necesite para la solicitud o presentación de información para cobertura económica, planificación para el alta y otros tratamientos médicos. Esto incluye información sobre los servicios prestados durante esta visita o de remisiones para atención psiquiátrica, agresión sexual o pruebas de enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH/sida. Yo/nosotros también aceptamos la revelación de información médica o de otro tipo sobre nosotros a agencias reguladoras del gobierno federal o estatal según lo exige la ley.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Yo/nosotros garantizamos el pago de todos los gastos que se hagan por o a cuenta del paciente y cedemos los derechos de cualquier beneficio de seguro o de otro financiamiento al médico y a SRHS. Yo/nosotros entendemos que dichos cargos son daños liquidados no sujetos a disputas; que SRHS espera el pago total y que, si acepta un pago parcial, SRHS no renuncia a su derecho de cobrar el pago total, incluso si hay cláusulas contradictorias que acompañen el pago parcial. Yo/nosotros entendemos que somos responsables de cualquier gasto que no cubra el seguro ni otras formas de beneficios. Yo/nosotros entendemos que SRHS puede obtener nuestro informe de crédito para su revisión como parte del cobro de esta deuda. En el caso de que esta cuenta se remita para cobro a una agencia de cobros o a un abogado, o se cobre según la Ley de cobro de deudas por compensación de Carolina del Sur (SC Setoff Debt Collection Act), nosotros debemos pagar todos los cargos y costos de cobros, incluyendo los honorarios razonables de los abogados. Para beneficiarios de Medicare: Yo/nosotros hemos proporcionado toda la información necesaria para una correcta cesión de los beneficios de Medicare.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE TEXTO SMS

Yo/nosotros por el presente, damos nuestro permiso y consentimiento a SRHS, a nuestros cesionarios y a los agentes de cobro externos para: (1) comunicarse con nosotros por teléfono a cualquier número que proporcionamos; (2) dejarnos mensajes en el contestador automático y en el correo de voz, e incluir en dichos mensajes información que exige la ley o que esté relacionada con las cantidades que adeudamos; (3) enviarnos mensajes de texto o correos electrónicos del servicio de mensajes cortos (SMS) usando cualquier dirección de correo electrónico que proporcionamos; (4) usar mensajes de voz pregrabados/artificiales o un dispositivo de marcación automática (un "marcador automático") en relación con cualquier comunicación que se nos haga o esté relacionada con nuestra cuenta.

FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/TRANSMISIONES POR TELEVISIÓN

Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para que tomen fotografías, transmitan por televisión o graben videos con fines de identificación, diagnóstico o tratamiento. Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para el monitoreo por video en las áreas de atención al paciente por motivos de atención clínica y de seguridad.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LOS OBJETOS DE VALOR DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL

Me pidieron/nos pidieron dejar los objetos de valor a cargo del hospital, eximir a SRHS de toda responsabilidad y asumir la responsabilidad de cualquier objeto que no se deje a cargo del hospital. Todo objeto que no se reclame en el plazo de treinta (30) días desde el momento del alta se vuelve propiedad del hospital.

ACEPTACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me ofrecieron/nos ofrecieron una copia impresa o electrónica del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de SRHS antes o en la primera visita a SRHS. También entiendo que el NPP está publicado en todos los centros de SRHS y que se puede acceder al aviso en www.spartanburgregional.com. El NPP indica cómo se puede usar o revelar mi información médica. Entiendo que hay que leerlo con atención. Soy consciente de que el NPP se puede cambiar ocasionalmente.

CONDICIÓN INDEPENDIENTE DE LOS MÉDICOS

Entiendo y estoy de acuerdo con que algunos de los proveedores de atención contratados que nos prestan servicios a mí/al paciente, como los patólogos, pueden ser contratistas independientes y no empleados ni agentes de SRHS. Estos proveedores de atención independientes que prestan servicios profesionales a mí/al paciente pueden facturar y cobrar por separado del SRHS. Además, yo/nosotros entendemos que cada proveedor de atención puede tener un contrato individual con mi/nuestra aseguradora y los contratos pueden ser diferentes de los contratos de SRHS. Yo/nosotros entendemos que debemos averiguar si cada proveedor de atención médica es miembro de la red de proveedores de mi seguro /del paciente.

USO DEL PROVEEDOR DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA TRANSCRIPCIÓN Y DICTADO

Entendemos y damos nuestro consentimiento para el uso de Inteligencia Artificial (AI) para transcripción o dictado durante la cita de atención médica. Yo/nosotros reconocemos que el propósito del uso de la AI para transcripción y dictado es mejorar la calidad de la atención que recibo/recibimos y para asegurarse de la documentación precisa de la información médica. Yo/nosotros entendemos que la conversación transcrita será parte de mi/nuestros expedientes médicos y que se tratará con el mismo nivel de confidencialidad que toda la información médica.

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del paciente

Fecha y hora

Firma del paciente o del padre/madre/tutor/representante legalmente autorizado (relación con el paciente)

Patient Label



Nombre	
ID	
Fecha	

A continuación hay algunas declaraciones que las personas a veces hacen cuando hablan sobre su salud. Indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración, según apliquen personalmente para usted, encerrando su respuesta con un círculo.

Si la declaración no aplica para usted, encierre en un círculo la opción N/A (no aplica).

1.	Al final, yo soy la persona responsable de ocuparme de mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
2.	Tener un papel activo en el cuidado de mi propia salud es lo más importante que afecta a mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
3.	Estoy seguro de que puedo prevenir o reducir los problemas asociados con mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
4.	Sé lo que hacen mis medicamentos recetados.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
5.	Estoy seguro de que puedo distinguir entre cuándo debo ir al médico o cuándo debo atender mi problema de salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
6.	Estoy seguro de que puedo contar al médico las inquietudes que tengo incluso cuando él o ella no lo pregunte.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
7.	Estoy seguro de que puedo realizar los tratamientos médicos que pueda tener que hacer en casa.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
8.	Comprendo mis problemas de salud y cuáles son sus causas.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
9.	Conozco los tratamientos que hay disponibles para mis problemas de salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
10.	He sido capaz de mantener (cumplir) los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente o hacer ejercicios.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
11.	Sé cómo evitar problemas con mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
12.	Estoy seguro de que puedo encontrar soluciones cuando surgen nuevos problemas con mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A
13.	Estoy seguro de que puedo mantener los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente y hacer ejercicios, incluso durante momentos de estrés.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A

VGNI Cuestionario Breve (VGNI-CB)

Versión [GVER]: VGNI-CB ver. 3.0

¿Cuál es su nombre? a. _____ b. _____ c. _____
(Nombre) (S.N.) (Apellido)

¿Cuál es la fecha de hoy? (MM/DD/AAAA) |__|_| / |__|_| / 20 |__|_|

Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. **Estos problemas se consideran significativos cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no aguanta más.**

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2–3 meses (3), hace 4–12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

Último Mes	Hace 2–3 Meses	Hace 4–12 Meses	1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

- IDScr **1. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo problemas significativos como...**
- a. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?4 3 2 1 0
 - b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?4 3 2 1 0
 - c. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?4 3 2 1 0
 - d. cuando algo le recuerda del pasado se angustia mucho y se enoja?4 3 2 1 0
 - e. pensar en acabar con su vida o suicidarse?4 3 2 1 0
 - f. ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer o controlar sus pensamientos?4 3 2 1 0
- EDScr **2. ¿Cuándo fue la última vez que hizo las siguientes cosas dos o más veces?**
- a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo4 3 2 1 0
 - b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa4 3 2 1 0
 - c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo, o casa4 3 2 1 0
 - d. Se le hizo difícil esperar su turno4 3 2 1 0
 - e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas4 3 2 1 0
 - f. Comenzó peleas físicas con otras personas4 3 2 1 0
 - g. Trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día4 3 2 1 0
- SDScr **3. ¿Cuándo fue la última vez que...**
- a. usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia?4 3 2 1 0
 - b. pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o recuperándose de los efectos del alcohol u otras drogas (ej., se sentía enfermo)?4 3 2 1 0
 - c. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?4 3 2 1 0
 - d. el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara o se involucrara menos en actividades en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?4 3 2 1 0
 - e. tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?4 3 2 1 0

(Continúa)	Último Mes	Hace 2-3 Meses	Hace 4-12 Meses	1+ Años	Nunca
	4	3	2	1	0

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2-3 meses (3), hace 4-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

- CVScr 4. **¿Cuándo fue la última vez que...**
- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| a. | tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o le dio un empujón a alguien? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. | se llevó algo de una tienda sin pagarlo? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. | vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. | manejó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. | dañó o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
5. ¿Tiene otros problemas psicológicos, de comportamiento o personales **significativos** para los cuales quiere tratamiento o necesita ayuda? (Si es así, por favor descríbalos abajo)
- | | | | |
|--|--|----|----|
| | | Sí | No |
| | | 1 | 0 |

v1. _____

6. ¿Cuál es su género o sexo? (Si es otro, por favor describa abajo) 1 - Hombre 2 - Mujer 99 - Otro

v1. _____

7. ¿Cuántos años tiene hoy? |_|_| Edad

- 7a. ¿Cuántos minutos le tomó llenar este cuestionario? |_|_|_| Minutos

Para uso del personal solamente					
8. Sitio ID: _____	Nombre del sitio v. _____				
9. Personal ID: _____	Nombre del personal v. _____				
10. Cliente ID: _____	Nota v. _____				
11. Modo: 1 – Administrado por el personal 2 – Administrado por otro 3 – Auto-administrado					
13. Referir a: MH ____ SA ____ ANG ____ Otro ____ 14. Código(s) para referir: _____					
15. Comentarios para referir: v1. _____					
Scoring					
Cuestionario	Items	Último mes (4)	Último 90 días (4, 3)	Último Año (4, 3, 2)	Alguna vez (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDSr	1a – 4e				

VGNI-CB copyright © Chestnut Health Systems. Para obtener más información sobre el instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org> o contacte el equipo de Coordinación de Proyectos del GAIN a (309) 451-7900 o GAINInfo@chestnut.org

Cuestionario de Actualizacion de las Metas del Cliente

Nombre: _____ Su Fecha de Nacimiento: _____

Por Favor de contestar **TODAS** las preguntas para ayudarnos a entender tu progreso y cómo continuar ayudandote.

Trabajo, Vivienda, y Finanzas

1) ¿Estás empleado actualmente?

- A. Sí B. No

2) ¿Tu empleador ofrece seguro médico?

- A. Sí, no elegible B. Sí, demasiado caro C. No

3) ¿Ha solicitado o estas recibiendo ALGUNO de los siguientes recursos? (Cicula TODAS las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| A. Discapacidad | G. Cupones para alimentos/SNAP |
| B. Medicaid | H. Despensa de alimentos |
| C. Medicare | I. Asistencia financiera(PCA/Middle Tyger/Total Ministries/Iglesias locales) |
| D. Seguro Privado | J. Ninguno |
| E. Affordable Care Act (Obama Care) | |
| F. Planificación familiar o Chequeo de prevención Anual Medicaid | |

4) ¿Con quien vives?

5) ¿En los últimos 12 meses, uvo un tiempo que no pudiste aser el pago de su casa o la renta a tiempo?

- A. Si B. No

6) ¿En los últimos 12 meses, en cuantos sitios viviste? _____

7) ¿En los últimos 12 meses, hubo un tiempo que no tenias un lugar estable para dormir o dormiste en un refugio (incluyendo ahora)?

- A. Si B. No

8) ¿Que tal difícil fue pagar lo muy basico como comida, vivienda, y calefacción?

- A. Muy difícil B. Difícil C. Algo difícil D. No muy difícil E. No es nada difícil

Comida y Traspportación

- 1) ¿Tienes acceso a comida saludable?
A. Si B. No
- 2) Dentro de los últimos 12 meses, te preocupastes que se terminaba la comida antes que tuviera dinero para comprar más.
A. Nunca cierto B. Algo de cierto C. Amenudo cierto
- 3) Dentro de los últimos 12 meses, la comida que compraste no alcanzó y no tenias dinero para comprar más.
A. Nunca cierto B. Algo de cierto C. Amenudo cierto
- 4) ¿En los últimos 12 meses, la falta de transportación te mantuvo de una cita medica o de obtener medicamentos?
A. Si B. No
- 5) ¿En los últimos 12 meses, la falta de transportación te mantuvo de una reunion, trabajo, o obtener cosas necesarias para la vida diaria?
A. Si B. No

Salud Mental y Social

- 1) ¿Actualmente estas recibiendo tratamiento para una condición de salud mental ?
A. Si C. No, necesito ayuda
B. No, no quiero ayuda D. La pregunta no aplica
- 2) ¿Te sientes con estrés—tenso, nervioso, o ansioso, o sin poder dormir por causa que estas preocupado todo el tiempo en estos días?
A. Para nada D. Bastante
B. Solo un poco E. Mucho
C. Hasta cierto punto
- 3) ¿En los ultimos 2 semanas, con que frecuencia tienes poco interes o placer para acer cosas?
A. No, para nada C. Mas de la mitad de los dias
B. Varios dias D. Casi todos los dias
- 4) ¿En los ultimos 2 semanas, con que frecuencia te sientes bajo, deprimido, o sin esperanza?
A. No, para nada C. Más de la mitad de los dias
B. Varios dias D. Casi todos los dias

5) ¿Actualmente usas tabaco/cigarrillos sin humo/vapear?(Encierra con un círculo todo lo que corresponde) Escribe la cantidad de cada uno en un círculo.

- A. Cigarillos _____
- B. Puros _____
- C. Tubo _____
- D. Rape _____
- E. Masticar _____

- F. Vape de nicotina _____
- G. Vape de CBD _____
- H. Vape de THC _____
- I. Vape aromatizante _____
- J. Pregunta no aplica

Apoyo

1) ¿En una semana típico, cuantas veces hablas por telefono con amigos, o vecinos?

- A. Nunca
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces por semana
- D. Tres veces por semana
- E. Más de tres veces por semana

2) ¿Cuantas veces visitas amigos o familiares?

- A. Nunca
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces por semana
- D. Tres veces por semana
- E. Más de tres veces por semana

3) ¿En que frecuencia atiendes a una iglesia o servicios religiosos?

- A. Nunca
- B. 1 a 4 veces por año
- C. Más de 4 veces por año

4) ¿Perteneses en un club organizacion como grupo de iglesia, union, grupo fraternal o atlética o escola?

- A. Si
- B. No

5) ¿En que frecuencia atiendes juntas de los clubs o organizaciones a las que perteneses?

- A. Nunca
- B. 1 a 4 veces por ano
- C. Más de 4 veces por año

6) ¿Tienes algún problema o inquietud que necesitas un seguimiento por parte de un miembro del personal?