



FORMULARIO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (SDOH)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

DINERO Y RECURSOS

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

<input type="checkbox"/>	tengo vivienda
<input type="checkbox"/>	No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa o en un parque)
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Estás preocupada por perder tu vivienda?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Cuál es el nivel más alto de escuela que has terminado?

<input type="checkbox"/>	Menos que un título de secundaria
<input type="checkbox"/>	Diploma de escuela secundaria o GED
<input type="checkbox"/>	Más que la escuela secundaria
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Cuál es tu situación laboral actual?

<input type="checkbox"/>	Desempleada o buscando trabajo
<input type="checkbox"/>	Trabajo a tiempo parcial o temporal
<input type="checkbox"/>	trabajo a tiempo completo
<input type="checkbox"/>	Desempleado pero que no busca trabajo (por ejemplo, estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador primario no remunerado)
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

Durante el último año, ¿usted o algún familiar con quien convive ha podido obtener alguno de los siguientes servicios cuando realmente lo necesitaba? Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/>	Alimento
<input type="checkbox"/>	Ropa
<input type="checkbox"/>	Utilidades
<input type="checkbox"/>	cuidado de niños
<input type="checkbox"/>	Medicina o cualquier atención sanitaria (médica, dental, de salud mental o de la vista)
<input type="checkbox"/>	Teléfono
<input type="checkbox"/>	Otra (por favor especifique): _____
<input type="checkbox"/>	No tengo problemas para satisfacer mis necesidades.
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas que necesita para la vida diaria?

<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido acudir a citas médicas o conseguir mis medicamentos.
<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajar o conseguir cosas necesarias para la vida diaria.
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

SALUD SOCIAL Y EMOCIONAL

¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y con las que te sientes cercano? (Por ejemplo, hablando con amigos por teléfono, visitando a amigos o familiares, yendo a la iglesia o a reuniones de clubes).

<input type="checkbox"/>	Menos de una vez a la semana
<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces por semana
<input type="checkbox"/>	3 a 5 veces por semana
<input type="checkbox"/>	Más de 5 veces por semana
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Qué tan estresado estás? El estrés se produce cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada.

<input type="checkbox"/>	De nada
<input type="checkbox"/>	Un poco
<input type="checkbox"/>	Más que un poquito
<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	Mucha
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

PREGUNTAS ADICIONALES

Durante el último año, ¿pasó más de dos noches en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional para menores?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Eres refugiada?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿De qué país eres?

<input type="checkbox"/>	United States
<input type="checkbox"/>	País distinto de Estados Unidos (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

¿Se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Insegura
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.

Durante el último año, ¿ha sentido miedo de su pareja o expareja?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Unsure
<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja en el último año
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta.