













Como parte de la atención integral a la persona que ofrecemos en Orchid Health, tenemos trabajadores comunitarios de salud disponibles para ayudarle a conectarse con recursos aparte de la clínica médica.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. **¿Qué es algo que te hace feliz o algo que te hace sentir orgulloso?**  
\_\_\_\_\_
2. **¿Vives actualmente en un refugio o no tienes un lugar estable donde dormir por la noche?**  Sí  No
3. **¿Cree que corre el riesgo de quedarse sin hogar? ¿O en riesgo de desalojo?**  
 Sí  No
4. **En los últimos 12 meses, la comida que compraste no te duró y no tenías dinero para comprar más.**  
 A menudo cierto  A veces cierto  Nunca es cierto
5. **En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.**  
 A menudo cierto  A veces cierto  Nunca es cierto
6. **En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas o realizar tareas necesarias para la vida diaria?**  
 Sí  No

**Indique si le preocupa alguna de las siguientes opciones:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|  | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/sustancias         |  | <input type="checkbox"/> Seguro de salud              |
|  | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños/<br>Personas mayores |  | <input type="checkbox"/> Plagas/moho/calidad del aire |
|  | <input type="checkbox"/> Ropa                                  |  | <input type="checkbox"/> Costes de los medicamentos   |
|  | <input type="checkbox"/> Atención dental                       |  | <input type="checkbox"/> Conexión social              |
|  | <input type="checkbox"/> Educación                             |  | <input type="checkbox"/> Facturas de servicios        |
|  | <input type="checkbox"/> Empleo                                |  | <input type="checkbox"/> Atención oftalmológica       |

**¿Desea ayuda en alguna de estas áreas?**  Sí  No  No estoy seguro/a