













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. **¿Tiene problemas para conseguir transporte para acudir a las citas médicas?**
Sí ☐ No ☐

Indique si le preocupa alguna de las siguientes opciones:

	Consumo de alcohol/sustancias <input type="checkbox"/>		Seguro de salud <input type="checkbox"/>
	Cuidado de niños/ 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 <input type="checkbox"/>

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