English

PLEASE PLACE PATIENT LABEL HERE

Your care team is interested in your complete wellness. Please take a moment to answer the questions below prior to seeing your doctor. **This is an optional questionnaire.**

		YES / NO
	Are you worried that in the next 2 months, **you may not have a safe or stable place to live?** (risk of eviction, being kicked out, homelessness)	Y N
	Are you worried that the **place you are living now is making you sick?** (has mold, bugs/rodents, water leaks, not enough heat)	Y N
	In the past 12 months, has the **electric, gas, oil or water company threatened to shut off services to your home?**	Y N
	In the last 12 months, did you worry that **your food could run out before you got money to buy more?**	Y N
	In the last 12 months, has **lack of transportation kept you from medical appointments or getting your medications?**	Y N
	In the last 12 months, did you have to **skip buying medications or going to doctor's appointments to save money?**	Y N
	Do you **need help getting child care or care for an elderly or sick adult?**	Y N
	Do you **need legal help?** (child/family services, immigration, housing discrimination, domestic issues, etc)	Y N
	Are you **finding it hard to get along with a partner, spouse, or family members?**	Y N
	Does anyone in your life **hurt you, threaten you, frighten you or make you feel unsafe?**	Y N

Phone Number: _____

Best time to Call: _____

Montefiore Social Determinants of Health Screen
As of: March 9, 2018

Disclaimer: This screening tool is a derivative of a Recommended Screening Tool by Health Leads (https://healthleadsusa.org/) licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) and was adapted by Montefiore Health System's Office of Community and Population Health

Montefiore DOING MORE℠

Español

POR FAVOR, INSERTE AQUÍ
LA ETIQUETA DEL PACIENTE

Su equipo de salud se interesa en su bienestar integral. Por favor, tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas antes de ver a su médico. **Este cuestionario es optativo.**

		SÍ / NO
	¿Le preocupa que en los próximos 2 meses **no disponga de un lugar seguro o estable donde dormir?** (riesgo de desahucio, de ser echado, de indigencia)	S N
	¿Le preocupa que **el lugar donde vive ahora le esté enfermando?** (tiene moho, insectos/roedores, goteras, falta de calefacción)	S N
	¿Le ha amenazado la compañía de luz, gas, combustible para calefacción o agua con cortarle el servicio en los últimos 12 meses?	S N
	¿Ha temido en los últimos 12 meses **que se pudiera acabar la comida antes de conseguir dinero para comprar más?**	S N
	¿Le ha impedido no contar con transporte, ir a alguna cita médica u obtener sus medicaciones en los últimos 12 meses?	S N
	En los últimos meses, **¿ha tenido que dejar de comprar algún medicamento o ir al médico para ahorrar dinero?**	S N
	¿Necesita ayuda **para cuidar de un niño o de un adulto anciano o enfermo?**	S N
	¿Necesita asistencia legal? (servicios de familia/infantiles, inmigración, discriminación de vivienda, problemas domésticos, etc.)	S N
	¿Le resulta difícil llevarse bien con su pareja, esposo(a) o familiares?	S N
	¿Hay alguna persona en su vida **que le haga daño, le amenace, le asuste o le haga sentir inseguro?**	S N

Número de teléfono: _____

Mejor momento para llamar: _____

Prueba de Determinantes Sociales de Salud de Montefiore
a: 9 de marzo de 2018

Advertencia: Este instrumento de evaluación se ha obtenido a partir del Instrumento de Evaluación Recomendado por *Health Leads* (https://healthleadsusa.org/) con licencia de Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 Licencia Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) y ha sido adaptada por el Departamento de Salud Poblacional y Comunitaria de Montefiore Health System.

Montefiore
DOING MORE℠