**Evaluación de salud**

Nosotros creemos que todas las personas deberían tener la oportunidad de estar sanas. Algunas cosas como no tener suficiente alimento, transporte confiable o un lugar seguro dónde vivir, pueden hacer difícil que se encuentre sano. Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender mejor su situación actual. Quizá no podamos encontrar recursos para todas sus necesidades, pero intentaremos ayudarle en todo lo posible.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** |
| **Alimentos**  |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo la preocupación de que se le iba a acabar el alimento antes de tener dinero para comprar más?
 |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿el alimento que compró no le rindió y no tuvo dinero para comprar más?
 |  |  |
| **Vivienda/Servicios públicos**  |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que quedarse a la intemperie, en un auto, tienda de campaña, refugio público o temporalmente en casa de alguien -quedándose en el sofá-?
 |  |  |
| 1. ¿Le preocupa la posibilidad de perder su casa?
 |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿no le fue posible tener servicios públicos -calefacción, electricidad- cuando tenía gran necesidad de ellos?
 |  |  |
| **Transporte**  |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido llegar a citas médicas o realizar actividades de la vida diaria?
 |  |  |
| **Seguridad interpersonal**  |  |  |
| 1. ¿Se siente usted inseguro física o emocionalmente en donde vive actualmente?
 |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, cacheteado, pateado o lastimado físicamente?
 |  |  |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha humillado o ha abusado emocionalmente de usted?
 |  |  |
| **Optional: Necesidad inmediata** |  |  |
| 1. ¿Son urgentes sus necesidades? Por ejemplo: usted no tiene comida para esta noche, usted no tiene un lugar para dormir esta noche, o si usted tiene miedo de ir a su casa porque puede confrontar problemas.
 |  |  |
| 1. ¿Le gustaría tener ayuda en cualquiera de las necesidades que usted ha identificado?
 |  |  |