

## HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR

Kerman Wellness Hub esta proveyendo este cuestionario para identificar si tiene problemas de inseguridad alimentaria. Sus respuestas serán confidenciales y se utilizarán para recomendarle recursos que para mejorar su alimentación y salud. Encierre en un circulo sus respuestas.

	<b>Preguntas</b>	<b>Respuesta</b>		
1.	En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que se le acabe la comida antes de tener dinero para comprar más?	Si	No	No Se
2.	En los últimos 12 meses, ¿ha sentido que los alimentos que compró no duraron y no tuvo dinero para obtener más?	Si	No	No Se
3.	En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alimentos de un banco de alimentos o distribución de comida?	Si	No	No Se
4.	¿Su hijo recibe comidas para llevar a casa a través del distrito escolar?	Si	No	No Se
5.	¿Siente que usted y su familia están consumiendo una comida sana y balanceada?	Si	No	No Se
6.	¿Le preocupa que, en los próximos 6 meses, usted y su familia, no tengan un lugar para vivir?	Si	No	No Se
7.	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido dificultades para pagar la electricidad, el gas, el agua o otros servicios en su hogar?	Si	No	No Se
8.	¿Su familia necesita pañales, ropa, y otros artículos para su bebé?	Si	No	No Se
9.	¿Usted o alguien de su familia ha sido referido a un médico de cabecera por algún problema de salud?	Si	No	No Se
10.	¿La falta de transporte le ha impedido asistir juntas, trabajo, o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria?	Si	No	No Se
11.	¿Necesita usted o alguien de su familia apoyo de salud mental?	Si	No	No Se
12.	¿Necesita ayuda para encontrar un centro de trabajo y/o un programa de entrenamiento laboral?	Si	No	No Se
13.	¿Usted o alguien de su familia ha sido afectado por COVID-19?	Si	No	No Se

### Declaración

**Acepto** que se comparta mi información con Kerman Wellness Hub y que me contacten para obtener más información sobre los recursos.

**No Acepto** compartir mi información con Kerman Wellness Hub y no permito que me contacten para obtener más información sobre los recursos.

Nombre- _____	Número de contacto- ____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento- ____ / ____ / ____	Idioma preferido- _____
Código postal- _____	Día(s) de contacto preferido- ____ <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM

Firma- \_\_\_\_\_

Fecha- \_\_\_\_\_

Seleccione este circulo si la informacion fue completada por un representante de Kerman Wellness Hub o Valley Health Team.