

**Sidney Kimmel Medical College (Thomas Jefferson University) – Clinical Experience Screening Form**

<b>Fecha (Date):</b>	<b>Nombre del paciente (Patient Name/MRN):</b>
<b>Nombre del estudiante (Student Name):</b>	<b>Número del teléfono (Phone Number):</b>
<b>Sitio clínico (Clinical Site):</b>	<b>Idioma preferido (Preferred Language):</b>
<b>Nombre del CHW (CHW Name):</b>	<b>Hora preferida de contacto (Preferred Contact Hour):</b>

**OJO: Antes de comenzar la entrevista, indique que usted es un/a estudiante de medicina que habla español. Indique que está cómodo/a conversando en español y obtenga el consentimiento del paciente.**

**Yes    No**

	<b>MEDICAMENTOS:</b> En los últimos 12 meses, ¿alguna vez se saltó medicamentos para ahorrar dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué se salta alguno(s) de sus medicamentos recetados?</li> <li>• ¿Puede enumerar los medicamentos que a menudo se salta?</li> <li>• ¿Tiene un plan de beneficios para sus medicamentos recetados?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sí:</b> ¿Puede pagar los copagos? ¿Va usted a una farmacia cercana o preferida?</li> <li>○ <b>No:</b> ¿Utiliza algún programa de descuento para recetas (p.e., GoodRx u otro)?</li> </ul> </li> </ul>			
	<b>TRANSPORTACIÓN:</b> En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tenido que quedarse sin atención médica porque no tenía forma de llegar allí (a sus citas médicas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo llega generalmente a sus citas médicas? (<i>transporte público, automóvil, etc.</i>)</li> <li>• ¿Necesita ayuda para llegar a sus citas?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sí:</b> Por favor, describa más sus necesidades.</li> </ul> </li> <li>• ¿Se ha inscrito alguna vez en programas de asistencia para el transporte?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sí:</b> ¿Cuál(es) programa(s)? ¿Y cuál es el estado de su solicitud?</li> </ul> </li> <li>• ¿Sabe si su seguro de salud tiene un beneficio de transporte?</li> </ul>			
	<b>NUTRICIÓN:</b> En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está recibiendo SNAP o cupones de alimentos de la Oficina de Asistencia del Condado o de Bienestar?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sí:</b> ¿Cuál es el monto de su beneficio?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Es suficiente el beneficio para alimentar a usted y a su familia?</li> </ul> </li> <li>○ <b>No:</b> ¿En qué código postal vive?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Alguna vez le han negado asistencia? ¿Por qué?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Dónde compra comida?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Supermercado, la tienda del barrio, la tienda de todo a un dólar?</li> <li>○ ¿Están las tiendas a poca distancia?</li> </ul> </li> <li>• ¿Utiliza el transporte público cuando hace las compras?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Le resulta difícil comprar físicamente? Si es <b>así</b>, ¿quién le ayuda?</li> </ul> </li> <li>• ¿Le gustaría tener información sobre bancos de alimentos, despensas de alimentos o recursos alimentarios comunitarios?</li> </ul>			

Yes No



**VIVIENDA:** ¿Le preocupa que, en los próximos 2 meses, es posible que no tenga una vivienda estable?



- ¿Cuál es su situación actual de vivienda (p.e., sin hogar, pagando una hipoteca, pagando el alquiler)?
  - ¿Está usted en riesgo de desalojo o ejecución hipotecaria?
  - ¿Ha buscado asistencia legal o algún otro programa?
- ¿Está actualmente inscrito/a en algún programa de vivienda de apoyo?
  - ¿Tiene un plan en caso de perder su vivienda?
- Si un paciente está sin hogar (*favor de involucrar el CHW/SW*), podría preguntar lo siguiente:
  - ¿Por cuánto tiempo ha estado sin hogar?
  - ¿Tiene usted un lugar seguro para ir esta noche?
  - ¿Dónde durmió anoche?
  - ¿Está interesado en salir de las calles?
  - ¿Está interesado en los servicios de refugio, como un refugio seguro?
  - ¿Usted es un veterano?
  - ¿Tiene alguna manera de llegar a alguno de estos lugares?



**SERVICIOS Y UTILIDADES:** ¿En el último año, ha tenido algún problema en pagar sus facturas de servicios? ¿Ha amenazado su compañía con cortar su servicio?



- ¿Cuál(es) utilidad(es) (p.e., gas, agua, o electricidad)?
- ¿Cuál es el estado actual de sus servicios – están vencidos, en último-aviso, o cortados?
- ¿Ha solicitado algún programa de asistencia?
  - **Sí:** ¿Qué programa?
    - ¿Conoce el estado de la solicitud?



**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:** ¿Le falta un/a doctor/a de atención primaria? (*documente el nombre/ubicación/número de teléfono de su doctor*)



- **Si el paciente tiene seguro médico:** ¿Le interesa ser visto por un/a doctor/a de atención primaria de Jefferson?



**SEGURO MÉDICO:** ¿Le falta seguro médico?



- ¿Qué tarjeta presenta usted cuando visita al doctor o recoge los medicamentos? (*es posible que el paciente tenga seguro médico, pero no lo sepa*)
  - ¿Qué tarjeta es? (*pide que la describa el paciente y documente la información del seguro médico*)
- ¿Ha solicitado usted asistencia médica o Marketplace en Pensilvania?
- ¿Puede acceder usted a un ordenador?
  - **Sí:** ¿Quisiera ayuda completando la solicitud en línea? ¿O solamente quisiera un enlace de Internet a la solicitud?
  - **No:** ¿Podemos referirle a un recurso en la comunidad que le puede ayudar a obtener el seguro médico?
- ¿Le gustaría recibir más información sobre cómo obtener el seguro médico?