



Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Por favor, marque con un círculo sus respuestas

¿Se le hace difícil pagar por los alimentos que necesita Ud. o su familia?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿Le interesaría socializar más con otros o participar en clases de alfabetización, GED, ESL, ejercicio, yoga, etc.?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿Necesita información sobre refugios para personas sin hogar u otras viviendas similares?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿En los últimos 12 meses, ha perdido una cita médica por problemas de transportación?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿Si renta apartamento o casa, tiene problemas porque el dueño no hace las reparaciones necesarias o porque no tiene suficiente calefacción durante el invierno?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿Necesita información sobre servicios o recursos gratuitos para víctimas de la violencia doméstica o asalto sexual?	Si	No	No se/Prefiero no decir
¿Necesita servicios o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas?	Si	No	No se/Prefiero no decir

¿Se ha registrado con el Patient Portal?

¡Regístrese hoy para recibir esta información y mucho más, directamente a su email!

Va a recibir esta información por correo electrónico o texto de "NowPow"