

# Lifestyle Questionnaire

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
**DOB:** \_\_\_\_\_  
**Sex:** \_\_\_\_\_  
**Ethnicity:** \_\_\_\_\_  
**Race:** \_\_\_\_\_

## Migrant Worker Status

### Question

At any point in the past 2 years, has seasonal or migrant farm work been your or your family's main source of income?

	YES		NO		I choose not to answer this question
--	-----	--	----	--	--------------------------------------

## Veteran Status

### Question

Are you a veteran of the U.S. military?

	YES		NO		I choose not to answer this question
--	-----	--	----	--	--------------------------------------

Have you been discharged from the armed forces of the United States?

	YES		NO		I choose not to answer this question
--	-----	--	----	--	--------------------------------------

## Housing

### Question

How many family members, including yourself, do you currently live with?

Answer:		I choose not to answer this question
---------	--	--------------------------------------

What is your housing situation today?

	I have housing
	I do not have housing (staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the street, on a beach, in a car, or in a park)
	I choose not to answer this question

Are you worried about losing your housing?

	YES		NO		I chose not to answer this question
--	-----	--	----	--	-------------------------------------

## Money and Resources

### Question

During the past year, what was the total combined income for you and your family members you live with? \_\_\_\_\_

What is your current work situation?

	Unemployed		Part-time or temporary work		Full-time work
	Unemployed, not seeking work(student, retired, disabled)				

What is the highest level of school that you have finished?

	Less than high school		High school diploma or GED		More than high school
	I choose not to answer this question				

How many hours a week do you work? \_\_\_\_\_  
 How many jobs do you work? \_\_\_\_\_  
 Do you have insurance through your job? \_\_\_\_\_  
 Has the lack of transportation kept you  
 From medical appts, meetings, work? \_\_\_Yes \_\_\_No

In the past year, have you or any family members you live with been unable to get any of the following when it was really needed? (Check all that apply.)

<input type="checkbox"/>	Food	<input type="checkbox"/>	Clothing	<input type="checkbox"/>	Utilities	<input type="checkbox"/>	Child Care	<input type="checkbox"/>	Phone
<input type="checkbox"/>	Medicine/Health Care (Medical, Dental, Mental Health, Vision)								
<input type="checkbox"/>	Other:				<input type="checkbox"/>	Choose not to answer			

### Social Integration and Health

#### Question

How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (Talking to friends on phone, visiting friends or family, going to church or club meetings?)

<input type="checkbox"/>	Less than once a week	<input type="checkbox"/>	1 or 2 times a week	<input type="checkbox"/>	3 to 5 time a week	<input type="checkbox"/>	5 or more times
<input type="checkbox"/>	I choose not to answer this question						

Who are the people or groups you usually see or talk to at these times

\_\_\_\_\_

### Stress

#### Question

Stress is when someone feels tense, nervous, anxious, or can't sleep at night because their mind is troubled. How stressed are you?

<input type="checkbox"/>	Not at all	<input type="checkbox"/>	A little bit	<input type="checkbox"/>	Somewhat	<input type="checkbox"/>	Quite a bit	<input type="checkbox"/>	Very much
<input type="checkbox"/>	I choose not to answer this question								

### Incarceration History:

#### Question

In the past year have you spent more than 2 nights in a row in a jail, prison, detention center, or juvenile correctional facility? \_\_\_\_\_

### Refugee Status:

#### Question

Are you a refugee?

<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	I choose not to answer this question		

### Safety:

#### Question

Do you feel physically and emotionally safe where you currently live?

<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Unsure
<input type="checkbox"/>	I choose not to answer this question				

In the past year, have you been afraid of your partner or ex-partner?

<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Unsure
<input type="checkbox"/>	I have not had a partner in the past year				
<input type="checkbox"/>	I choose not to answer this question				

# Cuestionario de Estilo de Vida

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_

Ethnicity: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_

## Migrant Worker Status

### Question

En cualquier momento en los últimos 2 años, ¿ha sido la principal o la principal fuente de ingresos de trabajo temporal o en agrícola?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	------------------------------------

## Veteran Status

### Question

Es un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	------------------------------------

¿Ha sido dado de alta de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	------------------------------------

## Housing

### Question

¿Cuántos miembros de la familia, incluido usted mismo, residen en su casa?

Answer:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta
---------	----------------------	--------------------------	------------------------------------

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

<input type="checkbox"/>	Tengo vivienda
<input type="checkbox"/>	No tengo vivienda (estar con otros, en un hotel, en un refugio, vivir en la calle, en la playa, en un coche o en un parque)
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta

¿Le preocupa perder su vivienda?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	------------------------------------

## Money and Resources

### Question

Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso combinado total \_\_\_\_\_ para usted y los miembros de la familia con quienes vive?

¿Cuál es su situación laboral actual?

<input type="checkbox"/>	Desempleados	<input type="checkbox"/>	Trabajo a tiempo parcial o temporal	<input type="checkbox"/>	Trabajo de tiempo completo
<input type="checkbox"/>	De lo contrario desempleado pero no busca trabajo (estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador primario sin pagar)				

¿Cuál es el nivel más alto de estudio que ha terminado?

<input type="checkbox"/>	Menos de la Prepa	<input type="checkbox"/>	Diploma de la prepa o GED, Desarrollo Escolar General	<input type="checkbox"/>	Más que la Prepa
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta				

¿Cuántas horas a la semana trabaja? \_\_\_\_\_

¿Cuántos trabajos trabaja? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro a través de su trabajo? \_\_\_\_\_

¿La falta de transporte lo ha impedido de citas médicas, reuniones, trabajo o de conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? \_\_\_Yes \_\_\_No

¿Durante el año pasado, usted o los miembros de su familia con los que vivió no pudieron obtener nada de lo siguiente cuando realmente era necesario? Marque todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	Ropa	<input type="checkbox"/>	Utilidades	<input type="checkbox"/>	Cuidado de los niños	<input type="checkbox"/>	Teléfono
<input type="checkbox"/>	Medicina o cualquier cuidado médico (médico, dental, salud mental, visión)								
<input type="checkbox"/>	Otro			<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta				

### Social Integration and Health

#### Question

¿Con qué frecuencia ves o habla con la gente que te importa y te sientes cerca? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a reuniones de la iglesia o del club)

<input type="checkbox"/>	Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	3 a 5 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	5 o más veces a la semana
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta						

¿Quiénes son las personas o grupos que suele ver o hablar en estos momentos?

### Stress

#### Question

El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso, o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado eres?

<input type="checkbox"/>	De ningún modo	<input type="checkbox"/>	Un poco	<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Mucho
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta								

### Incarceration History:

#### Question

En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? \_\_\_\_\_

### Refugee Status:

#### Question

¿Estas bajo un status como refugiado?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta		

### Safety:

#### Question

¿Se siente físicamente y emocionalmente seguro donde vive actualmente?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Inseguro
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta				

En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o expareja?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Inseguro
<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja en el último año				
<input type="checkbox"/>	Elijo no responder a esta pregunta				