













DECLINADO **CRIBADOR WE CARE**

Queremos asegurarnos de que usted sepa de los recursos de la comunidad disponibles para usted y su familia. Muchos de estos recursos no tienen costo para usted. Por favor responda cada pregunta y entregarlo al doctor de su hijo/a al inicio de la visita.

	<p>¿Usted necesita cuidado de niños para su hijo/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> Si SÍ, ¿le gustaría ayuda en encontrar? </p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>¿Tiene un empleo a tiempo completo?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/> Si NO, ¿le gustaría ayuda en encontrar empleo? </p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>¿Usted cree que esta en riesgo de estar sin hogar?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> Si SÍ, ¿le gustaría ayuda con esto? </p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>¿Usted siempre tiene suficiente comida para su familia?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/> Si NO, ¿le gustaría ayuda con esto? </p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>¿Usted tiene su título de secundaria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/> Si NO, ¿le gustaría ayuda para obtener un GED? </p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>¿Usted tiene dificultades para pagar sus cuentas de calefacción/aire acondicionado, agua o electricidad?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> Si SÍ, ¿le gustaría ayuda con esto? </p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No Quizás más tarde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

*****FOR PROVIDER/STAFF USE ONLY*****

If a parent has needs and wants help, please give the appropriate WE CARE information sheet(s) from your practice's **Family Resource Book**

Please check off below if you provided a WE CARE information sheet(s) and/or referral(s) for the following needs:

- Childcare Housing Education
 Employment Food Utilities
Referral provided by: Provider MA Nurse Other

Complete RIGHT-BOTTOM Information.
[1 Screener= 1 Family]
Store into Patient EMR or chart.

First and Last Name of Child: _____
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ___ / ___ / ___
Date of Visit with WE CARE Screener (mm/dd/yy): ___ / ___ / ___