

**SOUTHWEST COMMUNITY HEALTH CENTER  
NECESSIDADES IDENTIFICÁVEIS PARA O APRENDIZADO**

Patient/ Nome \_\_\_\_\_ Date/ Data \_\_\_\_\_

Date of Birth/ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Chart #/ História da doença Atual (HDA) N.º \_\_\_\_\_

Respondent & Relationship/ Denunciante e relação de parentalidade: \_\_\_\_\_

- |   |         |        |
|---|---------|--------|
| 1. Are you comfortable speaking and understanding English?<br>Fala e entende a língua portuguesa?   | Yes/Sim | No/Não |
| 2. If not, do you need a translator?<br>Se a resposta for negativa; será que você precisa de um tradutor?                                     | Yes/Sim | No/Não |
| 3. If not English, what language do you speak most often? _____<br>Se você não fala inglês, qual a língua que você fala com maior frequência? |         |        |
| 4. Are you comfortable with reading materials in English?<br>Você pode ler documentos em inglês?  | Yes/Sim | No/Não |

If not English, primary reading language: \_\_\_\_\_  
Se você não lê inglês, indique qual o seu idioma primário de leitura:

- |  |         |        |
|--|---------|--------|
| 5. Do you have (or have you had) any known problems<br>with learning disabilities or emotional barriers?<br>Você tem ou teve problemas de aprendizado ou problemas emocionais?<br>Describe / Explique: _____ | Yes/Sim | No/Não |
|--|---------|--------|

6. Level of education / Nível de formação Acadêmica:

- |  |         |        |
|--|---------|--------|
| 7. Do you have trouble seeing? / Tem problemas com a visão?  | Yes/Sim | No/Não |
| 8. If yes, do you have glasses or contacts that help you?<br>Se a resposta for afirmativa; será que você utiliza óculos ou lentes de contato?<br>Comment/ Explique _____ | Yes/Sim | No/Não |

9. Can you read a label? / Você pode ler uma receita médica?	Yes/Sim	No/Não
--	---------	--------

10. Do you have trouble hearing?	Yes/Sim	No/Não
----------------------------------	---------	--------

11. Você tem problemas com o sentido da audição?	Yes/Sim	No/Não
--	---------	--------

If yes, do you wear a hearing aid?  
Se a resposta for afirmativa, será que você utiliza audiofones?

If hearing impaired, do you use:  
Se tivesse problemas com o sentido da audição?

Lipreading/ Você está capacitado para ler os lábios?	Yes /Sim	No/Não
--	----------	--------

ASL/ Você utiliza a língua americana de sinais?	Yes/ Sim	No/Não
---	----------	--------

ASL interpreter/ Você precisa de um intérprete da língua americana de sinais?	Yes/ Sim	No/Não
---	----------	--------

Family member/ Recebe ajuda de algum familiar?	Yes/ Sim	No/Não
--	----------	--------

12. Do you have any health needs or preferences that you would like to share with us that would help your care here? / Você tem informação para nos dar sobre algum problema de saúde, ou preferência, que poderia fazer seu tratamento melhor?

Yes/ Sim \_\_\_\_\_ No/Não \_\_\_\_\_  
Describe/Explique \_\_\_\_\_

Você tem informação para nos dar sobre considerações de índole social, religiosa ou cultural?  
\_\_\_\_\_