

Health Literacy

Name _____ DOB _____

Today's Date _____

Complete this form as it pertains to the patient:

1. Do you often need to have help understanding handouts or what is told to you about your medical condition or how to take medications?

Yes **No**

2. Do you have any difficulty filling out medical forms without assistance?

Yes **No**

3. Do you often need to have help reading doctor's instructions?

Yes **No**

Cuestionario de salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de hoy _____

Complete este formulario con referencia al paciente:

1. ¿Necesita con frecuencia ayuda para entender los folletos o lo que se le dice sobre su estado de salud o sobre cómo tomar medicamentos?
 Si **No**

2. ¿Tienes dificultades completando formularios médicos?
 Si **No**

3. ¿Generalmente necesita ayuda para comprender las instrucciones del médico?
 Si **No**