

Client ID: \_\_\_\_\_  
 Project Name: \_\_\_\_\_  
 Information Date: \_\_\_\_\_  
 Staff Name: \_\_\_\_\_

# HMIS Annual/Update Form

For Person in HMIS Projects: **ALL except Outreach**

<b>Identificación:</b> <i>Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario</i>		
Primer Nombre: _____		Segundo Nombre: _____
Apellido: _____		Sufijo: _____
Número de Seguro Social (SSN) _____-_____-_____	Fecha de Nacimiento (DOB) ____/____/____	Fecha de Mudanza a la Vivienda (Rapid Rehousing ONLY) ____/____/____
<b>Dirección postal e información de contacto</b> <i>(incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)</i>		
Dirección: _____		
Ciudad, Estado, Código Postal: _____		
Email: _____		
Teléfono principal: _____		
Teléfono de mensaje: _____		
<b>Tipo de Evaluación</b>	<input type="checkbox"/> Durante la inscripción al programa <input type="checkbox"/> Evaluación Anual	
<b>Evaluación de Bienestar</b>		
<b>Seguro médico</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Fuentes de seguro médico</b> <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>		
<input type="checkbox"/> Seguro médico privado		<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> MEDICAID		<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños		<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Niños		<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA)		<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA		<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Veteranos</b> <i>(¿Alguna vez ha servido en el Ejército de los EE. UU.?) 18 y más</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>¿Conexión con SOAR?</b> <i>(SSVF Only)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Barreras</b> <i>(solo durante la inscripción al programa)</i>		
	<b>Barrera Presente</b>	<b>La condición es indefinida</b>
<input type="checkbox"/> Trastorno del Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar

