

Client ID: _____
 Project Name: _____
 Information Date: _____
 Staff Name: _____

HMIS Annual/Update Form

For Person in HMIS Projects: **Outreach**

Identificación: <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 Compromiso _____/_____/_____
Dirección postal e información de contacto <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: _____		
Tipo de evaluación	<input type="checkbox"/> Durante la inscripción al programa <input type="checkbox"/> Evaluación Anual	
Evaluación de Bienestar		
Seguro médico		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Fuentes de seguro médico <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: _____	
Veteranos <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		
Barreras <i>(solo durante la inscripción al programa)</i>		
	Barrera Presente	La condición es indefinida
<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

Situación de vida actual: contacto de extensión

Record the client's current living situation information below

1. Situación de vivienda

Literalmente sin hogar	Situación Institucional	Vivienda Temporal	Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro <i>*If selection made, continue to Contact Service</i>	<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación <i>*If selection made, continue to question 2</i>	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Casa de Anfitrión (no en crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <i>*If selection made, continue to question 2</i>	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso Tipo de subsidio: <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 2</i>

Otro El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?

Si (*Continue to questions 3-6*) No (*Continue to Contact Service*) El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?

Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?

Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?

Si No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Registro de Contacto

Servicios de contacto (*Por favor indique el servicio proporcionado*): _____