

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Exit Form RHY

For all persons exiting HMIS project type: **RHY**

Identificación: Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____

Apellido: _____ **Sufijo:** _____

Fecha de Salida del Proyecto

Número de Seguro Social (SSN)

Fecha de Nacimiento (DOB)

____/____/____

____-____-____

____/____/____

Destinos

Situaciones sin hogar

- Lugar no destinado a habitación:
 - Coche/camión/furgoneta
 - RV
 - Otro
- Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida
- Refugio seguro

Situación Institucional

- Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil
- Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

Vivienda Temporal

- Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar)
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar
- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- Casa de Anfitrión (no en crisis)
- Quedarse o vivir con la familia, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Quedarse o vivir con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH

Vivienda Permanente

- Quedarse o vivir con la familia, tenencia permanente
- Quedarse o vivir con amigos, tenencia permanente
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH
- Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
- Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso

Tipo de subsidio:

- Subsidio de vivienda GPD TIP
- Subsidio de vivienda VASH
- RRH o subsidio equivalente
- Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado)
- Unidad de Vivienda Pública
- Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso
- Vale de vivienda de emergencia
- Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
- Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI)
- Vivienda de apoyo permanente
- Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
- Propiedad del cliente, sin subsidio continuo

Entrevista de salida no completada

Otro: _____

Fallecido

El cliente no sabe

El cliente prefiere no contestar

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"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA) <input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Barreras- Todos los programas excepto SSVF <i>(Marque todo lo que corresponda)</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
Evaluación Financiera		
¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Compensación Laboral	\$	
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWorks)	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$	
<input type="checkbox"/> Jubilación (Seguro Social)	\$	
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	\$	
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso	\$	

¿Tiene el cliente beneficios no monetarios? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Beneficios No Monetarios	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$
<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	\$
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	\$
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$
Evaluación de Empleo	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
En Caso Afirmativo, Tipo de Empleo	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/Esporádico <i>(incluido cualquier jornalero)</i>	
En caso negativo, ¿por qué no está empleado?	
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	
Evaluación Educativa	
Último grado completado	
<input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado <input type="checkbox"/> Décimo grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado <input type="checkbox"/> 7mo u octavo grado <input type="checkbox"/> 11.º grado <input type="checkbox"/> Postsecundaria <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado <input type="checkbox"/> Certificación Vocacional <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Desde Infantil hasta 4to Grado <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> 12.º grado, sin diploma	
Estado Escolar	
<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Abandonado la escuela <input type="checkbox"/> Expulsado	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela irregularmente <input type="checkbox"/> Obtuvo el GED <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Evaluación de Salud	
Estado de Salud General	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Salud Dental	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Salud Mental	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Finalización del Proyecto	
<input type="checkbox"/> Proyecto completado <input type="checkbox"/> El Joven Abandono Anticipadamente de Forma Voluntaria <input type="checkbox"/> El Joven Fue Expulsado o Dado de Baja Involuntariamente del proyecto. (Elija el Motivo a Continuación) <input type="checkbox"/> Actividad criminal/destrucción de propiedad/violencia <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las reglas del proyecto <input type="checkbox"/> Impago de alquiler o cargo de ocupación <input type="checkbox"/> Alcanzó el tiempo máximo permitido por el proyecto. <input type="checkbox"/> Proyecto terminado <input type="checkbox"/> Desconocido/desaparecido	

Explotación Sexual Comercial/Tráfico Sexual
¿Alguna vez ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona, como dinero, comida, drogas o alojamiento?
<input type="checkbox"/> Sí (Responda todas las preguntas a continuación) <input type="checkbox"/> No (Pasar a la sección Laboral) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Ha sido en los últimos tres meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Cuántas veces ha recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona, como dinero, comida, drogas o alojamiento?
<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8-11 <input type="checkbox"/> 12 o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Alguna vez le han hecho/persuadido para tener relaciones sexuales a cambio de algo?
<input type="checkbox"/> Sí (Responda la pregunta a continuación) <input type="checkbox"/> No (Pasar a la sección Laboral) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Ha sido en los últimos tres meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Explotación/Trata Laboral
¿Alguna vez ha tenido miedo de dejar o renunciar a un trabajo debido a amenazas de violencia hacia usted, su familia o sus amigos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Alguna vez le han prometido un trabajo y el trabajo o el pago terminaron siendo diferentes de lo que esperaba?
<input type="checkbox"/> Sí (Responda todas las preguntas a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Se sintió obligado, coaccionado, presionado o engañado para continuar con este trabajo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Ha tenido trabajos como estos en los últimos tres meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Asesoramiento Pre-Salida
Asesoramiento Recibido por el Cliente
<input type="checkbox"/> Sí (Responda la pregunta a continuación) <input type="checkbox"/> No Todos los tipos de sesión que aplican: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Grupo # de Sesiones por Salida: _____ # de Sesiones Planificadas en el Plan de Tratamiento o Servicio del Joven: _____
Asesoramiento Post-Salida
¿Hay planes para iniciar o continuar con el asesoramiento después de la salida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salida Segura y Adecuada
Destino de Salida Seguro – Según lo Determine el Cliente:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Destino de Salida Seguro, Según lo Determine el Proyecto/Trabajador Social:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
El Cliente Tiene Conexiones Adultas Positivas Permanentes Fuera del Proyecto:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe
El cliente tiene conexiones positivas permanentes con sus pares fuera del proyecto:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe
El cliente tiene conexiones comunitarias positivas permanentes fuera del proyecto:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El trabajador no sabe

Conexiones de Servicio RHYS	
Servicios	Fecha de Servicio
Servicio comunitario/aprendizaje-servicio (CLS)	
Justicia penal/servicios legales	
Educación	
Servicios de empleo y/o formación	
Atención de salud/médica	
Servicios a domicilio	
Entrenamiento de habilidades para la vida	
Educar a jóvenes con hijos para ser padres	
Atención posnatal del recién nacido (exámenes de bienestar, vacunas)	
Cuidado posnatal de la madre	
Atención prenatal	
Pruebas de ETS	
Servicios en la calle	
Tratamiento por abuso de sustancias	
Servicios de prevención/ED de abuso de sustancias	
Evaluación de Cuidados Posteriores de RHY	
Fecha en que se recopiló la información: ____/____/____	
Cuidado posterior proporcionado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no contestar	
Identificar las formas principales en que se proporcionó	
<input type="checkbox"/> A través de correos electrónicos/redes sociales	
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> En persona: uno a uno	
<input type="checkbox"/> En persona: grupo	