

Client ID: \_\_\_\_\_

Project Name: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

# HMIS Intake and Enrollment Form

## Child-All Programs

For persons entering HMIS project type: **All HMIS projects**  **Also for persons entering CES Enrollment**

Identificación - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario		
Primer Nombre: _____		Segundo Nombre: _____
Apellido: _____		Sufijo: _____
Datos de calidad del nombre	Número de seguro social (SSN)	Fecha de nacimiento (DOB)
¿La clienta proporcionó su nombre completo?	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> SSN completo reportado <input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Nombre de Cabeza de Hogar:</b> _____		
<b>Relación con la cabeza de hogar</b>		
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otra relación familiar <input type="checkbox"/> Otra no relacionada		
Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario		
<b>Raza y Etnicidad</b> (Seleccione todo lo que aplique)		
<input type="checkbox"/> <b>Indio americano, nativo de Alaska, o indígena</b> - una persona que se identifica con cualquiera de los pueblos originales del norte, centro y Sudamérica. Ex. incluyen, entre otros, la Nación Navajo, la Tribu Pies Negros, los Mayas, los Aztecas, los Tinguito, etc.		
<input type="checkbox"/> <b>Asiático o asiático-americano</b> - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios del este de Asia, El sudeste asiático o el subcontinente indio. Ex. incluyen, entre otros, chinos, indios, japoneses, coreanos, paquistanés, vietnamita, u otra nación/región representativa.		
<input type="checkbox"/> <b>Negro, afroamericano o africano</b> - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de cualquiera de los grupos raciales negros de África, incluidos los afrocaribeños. Ex. incluyen, entre otros, afroamericanos, jamaicanos, haitianos, nigerianos, etíopes, y somalíes.		
<input type="checkbox"/> <b>Hispano/Latina/e/o</b> - Una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de México, Puerto Rico, Cuba, Centro y Sudamérica y otras culturas españolas. Ex. incluyen, entre otros, mexicanos o mexicoamericanos, puertorriqueños, cubana, salvadoreña, dominicana, y colombiana.		
<input type="checkbox"/> <b>Oriente Medio o Norte de África</b> - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos con orígenes en el Medio Oriente y Norte de África. Ex. incluyen, entre otros, libaneses, iraníes, egipcios, sirios, marroquíes, e israelíes.		
<input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</b> - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico.		
<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> - persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Europa. Ex. incluyen, pero no son limitado a alemán, irlandés, polaco, inglés, francés, y noruego.		
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Detalles adicionales de raza y origen étnico:</b> _____		

**Género** (Seleccione todo lo que aplique) ¿El cliente autoriza la actualización en HMIS si el género es diferente?  Sí  No

**Mujer** (niña si es niña): la cliente se identifica como mujer o niña en el caso de un niño menor de 18 años.

**Hombre** (niño si es niño): el cliente se identifica como hombre o niño en el caso de un niño menor de 18 años.

**Identidad culturalmente específica** (por ejemplo, dos espíritus): el cliente se identifica con una identidad que es exclusiva de una cultura en particular. Por ejemplo, Two-Spirit se refiere a una identidad de género nativa de América del Norte.

**Transgénero**: el cliente se identifica con una historia, experiencia o identidad transgénero.

**No binario**: el cliente no se identifica exclusivamente como hombre o mujer

**Cuestionamiento**: Cliente que puede no estar seguro, puede estar explorando o no puede identificarse o identificarse con una identidad de género en este momento. Tenga en cuenta que "El cliente no sabe" es diferente de "Preguntar". "Cuestionar" consiste en explorar la propia identidad de género". 'Cliente no sabe' solo debe seleccionarse cuando un cliente no conoce su género entre las opciones disponibles.

**Identidad diferente** (especifique): \_\_\_\_\_

**El cliente no sabe**

**El cliente prefiere no contestar**

**Dirección postal e información de contacto** (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Teléfono de mensaje: \_\_\_\_\_

**Fecha de Inicio del Proyecto:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Seguro Médico**

Sí (Seleccione fuente)  No  El cliente no sabe  El cliente prefiere no contestar

**Fuentes de seguro médico** (Marque todo lo que corresponda)

Seguro médico privado  Medicare

MEDICAID  Health Net (Medi-Cal)-Adultos

Health Net (Medi-Cal)-Niños  Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos

Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños  Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)

Administración de Salud de Veteranos (VHA)  Seguro médico proporcionado por el empleador

Seguro obtenido a través de COBRA  Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)

Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)  Otro: \_\_\_\_\_

**Condición de Discapacidad**

Sí  No  El cliente no sabe  El cliente prefiere no contestar

**Barreras: todos los programas excepto SSVF (marque todos los que correspondan)**

	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