

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

HMIS Annual/Update Form

For Children in HMIS Projects

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

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Número de Seguro Social (SSN)	Fecha de Nacimiento (DOB)	Nombre de Cabeza de Hogar
_____-_____-_____	____/____/____	

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

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Email: _____

Teléfono principal: _____

Teléfono de mensaje: _____

Tipo de Evaluación Durante la inscripción al programa Evaluación Anual

Evaluación de Bienestar

Seguro médico

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

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

- | | |
|---|--|
| <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: _____ |

Barreras *(solo durante la inscripción al programa)*

	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