



Smart Path Evaluación

- Familia

Smart Path Assessor Information

Name:

Agency:

Email:

Phone Number:

Condado de Santa Cruz
Sistema de Información de Gestión para las Personas Sin Hogar (HMIS)
AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
Y PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

_____ es una agencia asociada en el Sistema de Información de Gestión para las Personas Sin Hogar (HMIS). HMIS es un sistema informático que puede mejorar los programas para las personas sin hogar al permitir la compartición de información entre las agencias asociadas que proporcionan servicios tales como refugio y atención médica y/o servicios de investigación o administrativos de las personas sin hogar. El sistema se basa en Internet y utiliza muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad. Las agencias asociadas actualmente incluyen:

Association of Faith Communities	City of Santa Cruz- River St Camp
Community Action Board of Santa Cruz	Downtown Streets Team
Department of Veterans Affairs	Employment and Benefit Services
Encompass	Homeless Garden Project
Encompass HOPWA - PRIVATE	Homeless Outreach Proactive Engagement (HOPES)
Families In Transition	Housing Choices
Front St	Janus of Santa Cruz
Homeless Persons Health Project	Mental Health Client Action Network
Homeless Services Center	Mountain Community Resources
Pajaro Rescue Mission	Salud Para La Gente
Pajaro Valley Shelter Services	Santa Cruz Community Health Centers
Salvation Army (Watsonville)	Santa Cruz Public Libraries
Santa Cruz County Human Services Department- CHAMP	Whole Person Care Program
Veterans Resource Center	Wings Homeless Advocacy
Adult and Long Term Care	County HSD Youth Coordinated Entry
Adult Protective Services	Bill Wilson Center San Jose
Behavioral Health	The Housing Authority County Santa Cruz

La participación en el programa HMIS es importante para la capacidad de nuestra comunidad para proporcionarle los mejores servicios de vivienda posibles. A medida que reciba los servicios, se recopilará información sobre usted, los servicios que se le brindan y los resultados que estos servicios le ayudarán a lograr. Su nombre y otra información de identificación no se compartirán con ninguna agencia que no participe en el sistema (a menos que así lo exija la ley). La autorización de su información para ingresar al HMIS es totalmente voluntaria. Negarse a hacerlo no limitará su acceso a la obtención de refugio o de los servicios.

Autorizo que se ingrese mi información básica y relevante _____ **(por favor, marcar con inicial)** y se comparta _____ **(por favor, marcar con inicial)** entre las agencias asociadas con el fin de que estas me ayuden a obtener vivienda permanente, empleo, asistencia financiera, servicios vocacionales, asesoramiento y tratamiento de salud médica/mental y con fines de investigación y administrativos. (La información básica incluye la fecha de admisión, el nombre, el género, la fecha de nacimiento, el origen étnico, el estado civil, el número de miembros en el hogar, el estado militar, el idioma primario hablado y los servicios no confidenciales solicitados y recibidos). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de toda la información compartida entre las agencias asociadas.

Entiendo que la lista actual de agencias asociadas participantes puede cambiar con el tiempo para incluir otras agencias que brindan alojamiento o servicios a la población sin hogar, y doy mi autorización para que mi información se comparta con cualquier nueva agencia asociada. _____ **(por favor, marcar con inicial)**

Entiendo que puedo solicitar una lista actual de todas las agencias asociadas en cualquier momento. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito, pero que la cancelación no será retroactiva. Entiendo que este formulario de autorización es válido por tres años a partir de la fecha que aparece abajo en la cual estampe mi firma.

Nombre en letra de molde del cliente o tutor

Firma del cliente o tutor

Fecha

Nota: Se requiere una autorización por separado conforme a HIPAA para la divulgación de cualquier información de salud del paciente, incluida la información sobre salud mental y sobre drogas y alcohol protegida por cualquier ley de privacidad federal del Estado incluidas, entre otras, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA"), 45 C.F.R. partes 160 y 164, la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California ("CMIA"), las secciones 56-56.16 del Código Civil, la sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones o 42 C.F.R. parte 2.1, et seq.



HMIS # _____
 CM Name _____
 Project Start Date ____ / ____ / ____

Condado de Santa Cruz HMIS Formulario de Nuevo Cliente

Este formulario está diseñado para ser completado por un proveedor de servicio mientras entrevista a un cliente.
 Un formulario estandarizado diferente debe ser llenado para cada miembro del hogar.

Información del hogar Es el cliente: Adulto solo(a) Adulto acompañado Niño(a)

Si marcó adulto solo(a)	Ir a la sección de Información de Perfil	
Si marcó adulto acompañado	¿Es usted la Cabeza del Hogar (C.H.)?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Compañera de cuarto <input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Sobrina <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Socio doméstico <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Otro

Información de perfil

Número De Seguro Social		
Nombre	Segundo Nombre	
Apellido		
Nombre alternativo (Si hay múltiple, nombres alternativos, seperar con comas)		
Culidad Del Nombre Actual	<input type="checkbox"/> Reportó el nombre completo <input type="checkbox"/> Reportó nombre parcial, calle, o código postal	<input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Veterano Militar de U.S. (si su respuesta fue Si, por favor completa las siguientes preguntas sobre servicio military)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Número De Teléfono Primario		

Datos Demográficos

Fecha De Nacimiento	____/____/____ [Mes/Día/Año]	
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre	<input type="checkbox"/> No se identifica como hombre, mujer, o transgénero <input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Etnicidad	<input type="checkbox"/> No hispano/No Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó	Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco (Caucásico) <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina

Información de Veteranos

Veterano Militar de U.S. Si contesta positiva, seguir con las preguntas siguientes	Año que empenzo servicio militar _____	Año que termino Servicio militar _____
teatro de operativos: segundo guerra mundial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
guerra Korea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
guerra de Vietnam	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
guerra del gofo Persico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
guerra de Afganistán	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
guerra de Irak (Libertad)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
gerra de Irak (Nuevo Amanecer)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
operativos otros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
Rama militar	<input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza <input type="checkbox"/> Aerea <input type="checkbox"/> Armada <input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Guardacostas <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
Estado de descarga	<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General Bajo Condiciones Honorables <input type="checkbox"/> En condiciones diferentes a las honorables (OTH) <input type="checkbox"/> Mala conducta	<input type="checkbox"/> Dishonroso <input type="checkbox"/> Sin caracterizar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina

Discapacidad Condiciones y Barreras

<p>¿Tiene usted alguna discapacidad de larga duración?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>
<p><i>Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad</i></p>		
<p>Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	<p>¿Condición?</p> <p>¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	
<p>Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	<p>¿Condición?</p> <p>¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	
<p>Abuso de ambos las drogas y el alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	<p>¿Condición?</p> <p>¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	
<p>Condición crónica de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	<p>¿Condición?</p> <p>¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	
<p>Discapacidad del Desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	<p>¿Condición?</p> <p>¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina</p>	

Ubicación de Cliente

Tipo de lugar	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Casa de padre <input type="checkbox"/> Casa de madre <input type="checkbox"/> Casa de esposa	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Empresa de gestión <input type="checkbox"/> Dirección de desplazamiento <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Túnel
Nombre del lugar		
Dirección (línea 1)		
Dirección (línea 2)		
Ciudad	Estado	
Código postal		
Correo Electrónico		
Teléfono #1		
Teléfono #2		

Información Adicional Sobre la Ubicación del Cliente

Tipo de lugar	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Casa de Padre <input type="checkbox"/> Casa de Madre <input type="checkbox"/> Casa de Esposa	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Empresa de gestión <input type="checkbox"/> Dirección de desplazamiento <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Túnel
Nombre de la ubicación		
Dirección (línea 1)		
Dirección (línea 2)		
Ciudad	Estado	
Código postal		
Correo Electrónico		
Teléfono #1		
Teléfono #2		

Yo, (Cliente adulto o Jefe de familia) certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera / correcta a mi leal saber y entender.

Escribe Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Escribe nombre de trabajador

Firma de trabajador

Fecha

Preguntas Adicionales de Smart Path

Nombre _____ **Segundo Nombre** _____

Apellido _____

1. Quien esta en su hogar
- Uno o mas adultos con hijos menores. (select the VI-F-SPDAT)
 - Adulto sin pareja o niños. (Select the VI-SPDAT)
 - Pareja de adultos sin niños. (Select two separate VI-SPDATs)
 - Adulto de edad 18-24 (Select the VI-TAY-SPDAT)

2. ¿Estás esperando algún cambio en su estructura familiar?
- Sí No
- Comentario :

3. ¿Está dispuesto a participar en un programa de vivienda libre de drogas y alcohol?
- Sí No

4. ¿Está trabajando con un trabajador/a social en alguna agencia?
- Sí No

- a. De ser así, ¿cuál es el nombre de la agencia y el trabajador social?

Agencia: _____ Trabajadora Social: _____



VI-SPDAT del Condado de Santa Cruz para Familias con Hijos

American Version 2.0

Índice de Vulnerabilidad – Herramienta de Apoyo a la Decisión en la Priorización de Servicios (VI-SPDAT) Familias con Hijos

El VI-SPDAT ha sido creado y registrado por OrgCode Consulting, Inc. y Community Solutions (Copyright 2015). El VI-SPDAT se usa en el Condado de Santa Cruz con el permiso de OrgCode Consulting, Inc. Por favor, no cambie ninguna de las preguntas, incluyendo el orden en el que se preguntan. Para más información sobre el VI-SPDAT u OrgCode visite www.orgcode.com. Por favor, complete todas las preguntas. El VI-SPDAT se puntuará automáticamente cuando se introduzca en el HMIS.

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del entrevistador:

Equipo

Agencia:

Personal

Voluntario

Fecha de encuesta (DD/MM/AAAA):

ADMINISTRACIÓN

Hora de la encuesta: _____

Lugar de la encuesta: _____

PADRE 1:

Nombre: _____ Alias: _____ Apellido: _____

¿En qué idioma se expresa mejor? _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Edad:

Número de Seguro Social: -- -- No sabe Se niega a responder

¿Consiente en participar? Si No

PADRE 2:

Nombre: _____ Alias: _____ Apellido: _____

¿En qué idioma se expresa mejor? _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Edad:

Número de Seguro Social: -- -- No sabe Se niega a responder

¿Consiente en participar? Si No

SI CUALQUIER JEFE DE HOGAR TIENE 60 AÑOS DE EDAD O ES MAYOR, PUNTAJE 1

PUNTAJE:

HIJOS

1. ¿Cuántos hijos menores de 18 años viven con usted actualmente? _____ Se niega a responder

2. ¿Cuántos hijos menores de 18 años no viven actualmente con su familia, pero cree que se reunirán con usted cuando consiga vivienda? _____ Se niega a responder

3. SI EN LA FAMILIA HAY UNA MUJER: ¿Hay algún miembro de la familia que esté embarazado actualmente? SI NO Se niega a contestar

4. Favor de hacer una lista de los nombres y edades de sus hijos:

Nombre: Apellido: Edad: Fecha de nacimiento:

SI HAY UN PADRE/MADRE SOLTERO/A CON 2 + NIÑOS, Y/ O UN NIÑO DE 11 AÑOS O MÁS JOVEN Y UN EMBARAZO ACTUAL, MARQUE 1 PARA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA.

SI HAY DOS PADRES CON 3 + NIÑOS, Y/O UN NIÑO DE 6 AÑOS O MÁS JOVEN Y UN EMBARAZO ACTUAL, PUNTAJE 1 PARA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA.

PUNTAJE:

DOMINIOS CON ANOTACIONES

A. HISTORIAL DE VIVIENDA Y FALTA DE LA MISMA

5. ¿Dónde suele dormir más a menudo? (Marque una)

Refugio

Vivienda de transición

Refugio Seguro

En el exterior

Se niega a contestar

Otro (especificar):

SI LA PERSONA RESPONDE A ALGO APARTE DE "REFUGIO," "VIVIENDA DE TRANSICIÓN" O "REFUGIO SEGURO", DE EL RESULTADO DE 1 PUNTAJE:

6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su familia y usted vivían en una vivienda estable?

Se niega a contestar

7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces se han quedado usted y su familia sin vivienda??

Se niega a contestar

SI LA FAMILIA HA EXPERIMENTADO 1 O MÁS AÑOS CONSECUTIVOS SIN UN HOGAR, Y/ O 4 + EPISODIOS SIN UN HOGAR, PUNTAJE 1 PUNTAJE:

B. RIESGOS

8. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o alguien de su familia ha

a. Recibido cuidados médicos en el departamento/sala de emergencia? _____

Se niega a contestar

b. Sido llevado en ambulancia al hospital? _____ Se niega a contestar

c. Sido hospitalizado? _____ Se niega a contestar

d. Usado un servicio de crisis, incluyendo crisis de abusos sexuales, salud mental, violencia familiar/doméstica, casas de socorro y líneas telefónicas de prevención del suicidio? _____ Se niega a contestar

e. Hablado con la policía porque presenciara un crimen, fuera víctima de un crimen, o el presunto autor de un crimen o porque la policía le dijo que circulara?

_____ Se niega a contestar

f. Pasado una o más noches en una celda de detención, cárcel, prisión o centro de detención juvenil, ya fuera una estancia de corta duración como un drunk tank, o más larga por un delito más grave, o algo intermedio?

_____ Se niega a contestar

SI EL NÚMERO TOTAL DE INTERACCIONES ES IGUAL A 4 O MÁS, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA EL USO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PUNTAJE:

9. ¿Ha sido atacado o recibido una paliza usted o alguien en su familia desde que no tienen hogar?

SI NO Se niega a contestar

10. ¿Ha amenazado con suicidarse usted o alguien de su familia, o intentado hacerse daño a sí mismos o a otras personas en el último año?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTS ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA RIESGO DE DAÑO PUNTAJE:

11. ¿Tiene usted o alguien de su familia algún pleito legal en marcha ahora mismo que pueda resultar en encarcelamiento, tener que pagar multas que dificulten el que usted pueda alquilar un lugar para vivir?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI", PUNTAJE 1 PARA ASUNTOS LEGALES

PUNTAJE:

12. ¿Hay alguien que obligue o engañe a usted o a alguien de su familia a hacer cosas que no quieren hacer?

SI NO Se niega a contestar

13. ¿Usted o alguien de su familia hace cosas que puedan considerarse como arriesgadas como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conocen, compartir una aguja, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTS ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA RIESGO DE EXPLOTACIÓN PUNTAJE:

C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DIARIO

14. ¿Hay alguna persona, antiguo propietario, negocio, corredor de apuestas, traficante, grupo gubernamental como el IRS que crea que usted o alguien de su familia le debe dinero?

SI NO Se niega a contestar

15. ¿Obtiene usted o alguien de su familia dinero del gobierno, una pensión, una herencia, trabajo no declarado, trabajo normal, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A LA PREGUNTA NUMERO 14 O "NO" A LA PREGUNTA NUMERO 15, DÉ EL RESULTADO 1 PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DINERO PUNTAJE:

16. ¿Todos en su familia han planificado actividades, que no sean solo sobrevivir, y que les hagan sentirse felices y realizados?

SI NO Se niega a contestar

SI ES "NO" DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA ACTIVIDAD DIARIA VALIOSA

PUNTAJE:

17. ¿Todos en su familia son capaces actualmente de cuidar de sus necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un cuarto de baño, conseguir comida y agua limpia y otras cosas así?

SI NO Se niega a contestar

SI ES "NO" DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA CUIDAR DE SI MISMO

PUNTAJE:

18. ¿La falta de vivienda actual de su familia ha sido causada de algún modo por la ruptura de una relación, una relación malsana o abusiva, o porque otros familiares o amigos han provocado que desahuciaran a su familia?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA RELACIONES SOCIALES

PUNTAJE:

D. BIENESTAR

19. ¿Ha tenido alguna vez su familia que abandonar un apartamento, programa de albergue, u otro lugar en el que estaba viviendo a causa de su salud física o de alguien de su familia?

SI NO Se niega a contestar

20. ¿Tiene usted o alguien de su familia problemas de salud crónicos en el hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón?

SI NO Se niega a contestar

21. ¿Si hubiera espacio disponible en un programa que ayudara específicamente a personas que viven con el HIV o AIDS, estaría usted o alguien de su familia interesado?

SI NO Se niega a contestar

22. ¿Tiene alguien de su familia discapacidades físicas que limitaran el tipo de viviendas a la que pudiera tener acceso, o que le dificultarían vivir de forma independiente porque necesitaría ayuda?

SI NO Se niega a contestar

23. ¿Cuando alguien en su familia está enfermo o no se siente bien, su familia evita buscar ayuda médica?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTS ANTERIORES, DE EL RESULTADO DE 1 PARA SALUD FÍSICA PUNTAJE:

24. ¿El consumo de drogas o alcohol por su parte o por parte de alguien de su familia ha causado que su familia fuera expulsada de un apartamento o programa en el que estuvieran viviendo en el pasado?

SI NO Se niega a contestar

25. ¿El consumo de alcohol o drogas dificultará que su familia conserve una vivienda o se pueda permitir el pagar por una?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA USO DE SUSTANCIAS PUNTAJE:

26. ¿Ha tenido problemas su familia para conservar la vivienda, o ha sido expulsada de un apartamento programa de albergue u otro lugar en el que vivieran, a causa de:

a) ¿un problema de salud mental? SI NO Se niega a contestar

b) ¿una antigua herida en la cabeza? SI NO Se niega a contestar

c) ¿una discapacidad del aprendizaje, del desarrollo, u otra disfunción? SI NO
 Se niega a contestar

27. ¿Tiene usted o alguien de su familia problemas mentales o cerebrales que dificultarían a su familia vivir independientemente ya que necesitarían ayuda?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTS ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA SALUD MENTAL PUNTAJE:

28. SI LA FAMILIA CALIFICÓ 1 CADA UNO POR SALUD FÍSICA, USO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL: ¿Alguien de su familia tiene alguna enfermedad, problemas mentales, y experiencia en el consumo de sustancias?

SI NO Se niega a contestar

SI EL ENCUESTADO CALIFICÓ 1 PARA SALUD FÍSICA Y 1 PARA USO DE SUSTANCIAS Y 1 PARA SALUD MENTAL, DÉ EL PUNTAJE 1 PARA TRI-MORBILIDAD PUNTAJE:

29. ¿Hay algún medicamento que un médico haya dicho que usted o alguien de su familia debería estar tomando y que por la razón que sea no está tomando?

SI NO Se niega a contestar

30. ¿Hay algún medicamento, como los calmantes que usted o alguien de su familia no esté tomando del modo que el doctor prescribió o este vendiendo?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI" A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, PUNTAJE 1 PARA MEDICAMENTOS

PUNTAJE:

31. SI O NO: ¿Está motivada la falta de vivienda de su familia por una experiencia emocional, física, psicológica, sexual, o de otro tipo de abuso, o por otro trauma que ha experimentado alguien en su familia?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI", PUNTAJE 1 PARA ABUSO Y TRAUMA

PUNTAJE:

E. UNIDAD FAMILIAR

32. ¿Alguno de sus hijos le ha sido retirado por los servicios de protección del menor en los últimos 180 días?

SI NO Se niega a contestar

33. ¿Tiene algún pleito legal que se esté resolviendo en los tribunales o que necesite resolverse en los tribunales que tendría un impacto en su vivienda o a quienes viven en ella?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI" A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, PUNTAJE 1 PARA ASUNTOS LEGALES DE FAMILIA

PUNTAJE:

34. ¿En los últimos 180 días alguno de sus hijos ha vivido con familiares o amigos porque no tienen ustedes vivienda?

SI NO Se niega a contestar

35. ¿Algún niño de la familia ha experimentado algún abuso o trauma en los últimos 180 días?

SI NO Se niega a contestar

36. SI HAY NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: ¿Asisten sus hijos a la escuela con frecuencia?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 34 Ó 35, Ó "NO" A LA PREGUNTA 36, PUNTAJE 1 PARA LAS NECESIDADES DE NIÑOS PUNTAJE:

37. ¿Han cambiado los miembros de su familia en los últimos 180 días debido cosas como un divorcio, que sus hijos regresen vivir con usted, que alguien se haya marchado al servicio militar o a la cárcel, o que un pariente se haya mudado con ustedes, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

38. ¿Espera que venga a vivir con usted algún niño o adulto durante los primeros 180 días después de haber conseguido vivienda?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI" A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, PUNTAJE 1 PARA ESTABILIDAD FAMILIAR.

PUNTAJE:

39. ¿Planea usted dos o más actividades semanales para realizar en familia tales como salidas al parque, ir a la biblioteca, visitar a otros familiares, ver una película en familia, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

40. Después de la escuela, o los fines de semana o los días que no hay escuela, ¿cuánto es el tiempo total diario que pasan los niños sin interactuar con usted o con otro adulto responsable?

a) 3 o más horas al día para niños de 13 años de edad o mayores SI NO Se niega a contestar

b) 2 o más horas al día para niños de 12 años de edad o menores SI NO Se niega a contestar

41. SI HAY NIÑOS DE 12 AÑOS Y MENOS Y DE 13 AÑOS Y MÁS: ¿Pasan sus hijos mayores 2 o más horas de un día normal ayudando a sus hermanos menores con cosas como prepararse para ir a la escuela, ayudar con las tareas, hacerles la cena, bañarles, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

SI ANOTÓ "SI" A LA PREGUNTA 39, O "SI" A LAS PREGUNTAS 40 Ó 41, PUNTAJE 1 PARA PARTICIPACIÓN FAMILIAR PUNTAJE:

RESUMEN DE PUNTUACIÓN

DOMINIO	ENCUESTA SUBTOTAL
PRE-ENCUESTA	/2
A. HISTORIAL DE ALOJAMIENTO & SIN HOGAR	/2
B. RIESGOS	/4
C. SOCIALIZACIÓN & FUNCIONES DIARIAS	/4
D. BIENESTAR	/6
E. UNIDAD FAMILIAR	/4
GRAN TOTAL:	/22

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarle y a qué hora?

Dónde: _____ Cuando: _____

¿Hay un número de teléfono y/o un correo electrónico en el que alguien pueda ponerse en contacto con usted o se le pueda dejar un mensaje?

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Hay alguien de su confianza y con el que se comunique regularmente y al que podamos contactar cuando le estemos buscando a usted? (Por favor incluya el nombre y número de teléfono si es posible.) _____

OK, ahora me gustaría sacarle una foto para que sea más fácil encontrarle y confirmar su identidad en el futuro. ¿Me permite que lo haga?

SI No Se niega a contestar



Assessment Specialist

Field for the Assessment Specialist, not a required field:

1. There are significant concerns with this VI-SPDAT score. It is suggested that a full SPDAT be conducted should this client be referred to a housing program.
 This score seems significantly high. This score seems significantly low.

Comment:

2. Is this client a participant in the Dignity Health Passport to Health High Utilizer Program?
 Yes No

Recursos Sociales de Smart Path

Escoja las categorías de recursos sociales a los que le refirió al cliente (sin incluir recursos para vivienda):

- Necesidades básicas (comida, despensa de alimentos, ropa, baño, refugio de emergencia)
- Servicios de salud (servicios médicos, servicios de salud mental, servicios dentales, servicios para el abuso de drogas y alcohol.
- Beneficios del gobierno (Medi-Cal, SSI, Asistencia general, Asistencia Social, Estampillas de comida)
- Otros Servicios (programas de empleo, identificación personal (Tarjeta de identificación, acta de nacimiento, tarjeta de seguro social), teléfono gratis, servicios de correo, boletos gratis para autobús)



Smart Path Check In

Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____



Date ____/____/____

Client Notes

A large rectangular area enclosed by a dotted border, containing 20 horizontal lines for writing notes.