



Smart Path Evaluación

- Adulto Solo

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, sepearar 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>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
<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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	
<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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	
<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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	
<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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	
<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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	

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 Adultos Solteros

American Version 2.0

Índice de Vulnerabilidad – Herramienta de Apoyo a la Priorización de Servicios (VI- SPDAT)

El VI-SPDAT ha sido creado y registrado por OrgCode Consulting, Inc., Corporation for Supportive Housing, Community Solutions, y Eric Rice, USC School of Social Work (Copyright 2015). El VI-SPDAT se usa en el Condado de Santa Cruz con permiso de OrgCode Consulting, Inc. Por favor no cambie las preguntas, incluyendo el orden en el que se preguntan. Para más información sobre VI-SPDAT o OrgCode visite www.orgcode.com. Por favor complete todas las preguntas.

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del entrevistador: _____

Equipo

Agencia: _____

Personal

Voluntario

Fecha de encuesta (DD/MM/AAAA): _____

ADMINISTRACIÓN

Hora de la encuesta: _____

Lugar de la encuesta: _____

Nombre: _____

Alias: _____

Apellidos: _____

¿En qué idioma se expresa usted mejor? _____

Fecha de nacimiento: / / Edad: _____

Número de la Seguridad Social: _____

No tengo/No me lo sé Se niega a contestar

¿Consiente en participar? Sí No

SI LA PERSONA TIENE 60 AÑOS O MAS, DÉ EL RESULTADO DE 1

PUNTAJE:

DOMINIOS CON ANOTACIONES

A. HISTORIAL DE VIVIENDA Y FALTA DE LA MISMA

1. ¿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:

2. ¿Cuánto hace que no tiene una vivienda permanente? _____ Años

- Se niega a contestar

3. En los últimos 3 años, ¿cuántas veces se ha quedado sin hogar? _____

- Se niega a contestar

SI LA PERSONA HA PASADO 1 O MAS AÑOS CONSECUTIVOS SIN HOGAR Y/O 4 + EPISODIOS SIN UN HOGAR, DÉ EL RESULTADO DE 1 PUNTAJE:

B. RIESGOS

4. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces 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, prision 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:

5. ¿Ha sido atacado o recibido una paliza desde que se quedó sin hogar?

SI NO Se niega a contestar

6. ¿Ha amenazado o intentado alguna vez hacerse daño a sí mismo o a otros 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:

7. ¿Tiene algún pleito legal en marcha ahora mismo del que podría salir preso, teniendo que pagar multas, o que podría dificultarle el alquilar un lugar para vivir?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI", DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA ASUNTOS LEGALES

PUNTAJE:

8. ¿Hay alguien que le obligue o le engañe para hacer cosas que no quiera hacer?

SI NO Se niega a contestar

9. ¿Alguna vez hace cosas que se puedan considerar arriesgadas como intercambiar sexo por dinero, comida, drogas, o un lugar en el que vivir, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS

ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA RIESGO DE EXPLOTACIÓN

PUNTAJE:

C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DIARIO

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

SI NO Se niega a contestar

11. ¿Recibe usted algún dinero del gobierno, una pensión, una herencia pensión, una herencia, una ayuda, trabajo irregular, trabajo regular, o algo así?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A LA PREGUNTA NUMERO 10 O "NO" A LA PREGUNTA'

NUMERO 11, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DINERO

PUNTAJE:

12. ¿Tiene actividades planeadas que no sean sólo sobrevivir, que le hagan sentirse feliz y realizado?

SI NO Se niega a contestar

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

PUNTAJE:

13. ¿Es usted capaz actualmente de cuidar de sus necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un cuarto de baño, conseguir comida y agua limpia y cosas así?

SI NO Se niega a contestar

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

PUNTAJE:

14. ¿Su actual falta de vivienda es fruto de la ruptura de una relación, una relación malsana o abusiva, o porque familiares o amigos han provocado que le desalojaran?

SI NO Se niega a contestar

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

PUNTAJE:

D. BIENESTAR

15. ¿Alguna vez ha tenido que abandonar un apartamento, programa de albergue, u otro lugar en el que estuviera viviendo a causa de su salud física?

SI NO Se niega a contestar

16. ¿Tiene algún problema de salud crónico en el hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón?

SI NO Se niega a contestar

17. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayudara específicamente a gente que vive con el HIV o AIDS, ¿estaría interesado?

SI NO Se niega a contestar

18. ¿Tiene alguna discapacidad física que pueda limitar el tipo de vivienda a la que podría tener acceso, o que dificultaría que pudiera vivir con independencia porque necesitaría ayuda?

SI NO Se niega a contestar

19. Cuando está enfermo o se siente mal, ¿evita buscar ayuda médica?

SI NO Se niega a contestar

20. SOLO PARA ENCUESTADAS FEMENINAS: ¿Está embarazada actualmente, lo ha estado, o ha dejado embarazada a alguien alguna vez?

SI NO Se niega a contestar

21. ¿Le han echado alguna vez de un apartamento o programa en el que vivía en el pasado por consumir drogas o alcohol? SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTS

ANTERIORES, DE EL RESULTADO DE 1 PARA SALUD FÍSICA

PUNTAJE:

22. ¿Le dificultará el permanecer en una vivienda o permitirse el pagarla por el consumo de drogas o alcohol?

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:

23. ¿Ha tenido problemas alguna vez para conservar una vivienda, o ha sido expulsado de un apartamento, o de un programa de albergue u otro sitio en el que estaba viviendo, 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

24. ¿Tiene algún problema mental o cerebral que le dificultaría llevar una vida independiente ya que necesitaría ayuda?

SI NO Se niega a contestar

SI RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS

ANTERIORES, DÉ EL RESULTADO DE 1 PARA SALUD MENTAL

PUNTAJE:

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:

25. ¿Hay alguna medicación que un médico ha dicho que usted debería tomar y que, por la razón que sea, no está tomando?

SI NO Se niega a contestar

26. ¿Hay alguna medicación, como los calmantes, que no está tomando tal y como le prescribió el médico o que está vendiendo?

SI NO Se niega a contestar

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

PUNTAJE:

27. SI O NO: ¿Su actual período sin vivienda ha sido provocado por una experiencia emocional, física, psicológica, sexual u otro tipo de abuso, o por otro trauma que haya experimentado? SI NO Se niega a contestar

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

PUNTAJE:

RESUMEN DE PUNTUACIÓN

DOMINIO	ENCUESTA SUBTOTAL
PRE-ENCUESTA	<input type="text"/> /1
A. HISTORIAL DE ALOJAMIENTO & SIN HOGAR	<input type="text"/> /2
B. RIESGOS	<input type="text"/> /4
C. SOCIALIZACIÓN & FUNCIONES DIARIAS	<input type="text"/> /4
D. BIENESTAR	<input type="text"/> /6
GRAN TOTAL:	<input type="text"/> /17

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 with a dotted border, containing 20 horizontal lines for writing notes.