**

Condado de Santa Barbara HMIS
Formulario Estandarizado (Niño)**

HMIS # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
CM Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Project Entry Date / / \_

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:  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.)?? Si No |
|  | Si no, proveer el nombre del C.H.: |
|  | ¿Número de adultos en el hogar?: |
|  | ¿Número de niño(a) s en el hogar?: |
| **Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?**  | Yo soy la cabeza del hogar La cabeza del hogar es un hijo(a)  Soy la pareja o esposo(a) del cabeza del hogar Otro tipo de relación con la cabeza del hogar Otro: sin ningún tipo de relación con la cabeza del hogar  |
| **Información de perfil**  |
| **Primer Nombre** |  | **2do nombre** |
| **Apellido(s)** |  |
| **Número de Seguro Social** |  |
| **¿Es usted un veterano militar del Ejército Estadunidense?** |  Si No |  El cliente no sabe  No contestó |
| **Datos Demográficos** |
| **Fecha de Nacimiento:** | Mes/Día/Año: |
| **Genero** | FemeninoMasculino  Trans Femenina (MTF o Masculino a Femenina) Trans Masculino (FTM o Femenina a Masculino) |  Género No Conformado (es decir, no exclusivamente masculino o femenina) Cliente no sabe  No contestó  |
| **Etnicidad** No hispano/No Latino Hispano/Latino Cliente no sabe  No contestó | **Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático  Negro o Afro Americano  Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico  Blanco (Caucásico)  Cliente no sabe  No contestó |

|  |
| --- |
| **Discapacidad**  |
| **¿Tiene usted alguna discapacidad de larga duración?** |  Si No |  Cliente no sabe  No contestó |
| *Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad*  |
| **Abuso de Alcohol** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Abuso de ambos las drodas y el alcohol** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Condición crónica de salud** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Discapacidad del Desarrollo**  Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Abuso de Sustancias** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |

|  |
| --- |
| **Discapacidad** |
| **VIH/SDIA** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Problemas de Salud Mental** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Discapacidad física** Si  No Cliente no sabe  No contestó | ¿Conditión larga? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |
| **Fecha de inicio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente? |  Si  No Cliente no sabe No contestó |

|  |
| --- |
| **Seguro de salud** |
| **¿Tiene usted seguro de salud?** |  Si  No  Cliente no sabe  No contestó |
|  Medicaid Medicare Seguro médico estatal para niño(a)s VA Medical Servicos Asegurado por empleador |  Seguro médico privado pagado  Seguro médico estatal para adultos Programa de Salud para Indios Americanos OtroEspecifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

*Yo (cliente adulto o cabeza de hogar) certifico que la información aquí proveída es verdad/correcta a mi mejor entender/saber.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del cliente en imprenta | Firma del cliente  | Fecha  |
| Nombre del entrevistador en imprenta  | Forma del entrevistador  | Fecha  |