**  
  
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   Otro  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*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 |