

HMIS #  
CM Name   
Project Start Date / /

**Condado de Santa Cruz HMIS  
Formulario Estandarizado (Niño)**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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Household Information**  Es el cliente Niño(a) | | | | |
| **Si está marcado como hijo, ¿cuál es su relación con el HoH?** | **Nombre:**  **Apellido:** | | | |
| **Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?** | Marido  Esposa  Hija  Hijo  Padre  Madre  Hermana  Hermano  Compañera de cuarto  Nieto/a | | Tía  Tío  Sobrina  Sobrino  Abuelo/a  Pareja  Socio doméstico  Otro Hijastra Hijastro | |
| **Información de perfil** | | | |
| **Número De Seguro Social** |  |  | |
| **Nombre** |  | **Segundo Nombre** | |
| **Apellido** |  |  | |
| **Nombre alternativo** ( Si es múltiple, nombre alternativo, separado por comas) |  | | |
| **Culidad Del Nombre Actual** |  Reportó el nombre completo  Reportó nombre parcial, calle, o código postal |  No lo sabe   Se niega a contestar | |
| **Discapacidad** |  Si   No |  No lo sabe   Se niega a contestar | | |
| **Número De Teléfono Primario** |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos Demográficos** | | |
| **Fecha De Nacimiento** | / / [Mes/Día/Año] | |
| **Sexo** |  Mujer  Hombre   Transgénero de hombre a mujer   Transgénero de hombre a hombre |  No se identifica como hombre, mujer, o transgénero   No lo sabe   Se niega a contestar |
| **Etnicidad**   No hispano/No Latino   Hispano/Latino   Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | **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   Cliente se rehúsa |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situación de vivienda previa** | | | | |
| **Dirección previa** |  | | | |
| **Ciudad previa** |  | | | |
| **Estado** |  |  | | **Código postal previa** |
| **Calidad de informacion de la direccion previa** | Direccion completa fue reportada Direccion es incompleta or es una estimacion | |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condiciones de Discapacidad y Barreras /Violencia Doméstica** | | |
| **¿Tiene una condición de discapacidad?** |  Si  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| ***Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad*** | | |
| **Discapacidad física**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Discapacidad del Desarrollo** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Condición de salud crónica**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **VIH/SDIA positivo** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Problema de salud mental**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Abuso de Sustancias**  No   Abuso de el Alcohol  Abuso de las Drogas  Abuso de Ambos, Drogas y de Alcohol  Cliente no sabe  Cliente se rehúsa | ¿Condición? ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? |  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **¿Es sobreviviente de violencia doméstica o de pareja?**  Sí  No  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa | En caso de ser sobreviviente de violencia doméstica o de pareja  ¿Cuándo ocurrió esta  experiencia? |  En los últimos tres meses   Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses)  Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) Hace más de un año  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **¿Esta actualmente huyendo?** |  Sí  No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |

|  |  |
| --- | --- |
| **Seguro de salud** | |
| **¿Tiene usted seguro de salud?** | Sí No Cliente no sabe Cliente se rehúsa |
|  Medicaid   Medicare   Seguro de Salud Infantil Estatal   Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)   Seguro de Salud suministrado por el empleador |  Seguro obtenido a través de COBRA  Seguro de Salud Privado  Seguro de Salud Estatal para Adultos   Programa de Servicio de Salud Indígena   Otro Seguro de Salud  Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacion de empleo** | | |
| **Tiene empleo** |  Sí   No |  Cliente no sabe   Cliente se rehúsa |
| **Si la respuesta es sí, qué tipo de empleo** |  Tiempo completo   Tiempo parcial   Estacional/Esporádico (también trabajo por día) | |
| **Si la respuesta es No, porqué no esta empleado/a** |  buscando empleo   No puede trabajar   No busca empleo |  |

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 |