

N. ° HMIS _____
Nombre del gerente de cuidado: _____
Fecha de ingreso al proyecto: ____ / ____ / ____

Admisión del sistema HMIS

Este formulario está diseñado para que lo complete un proveedor de servicios mientras entrevista a un cliente. Se debe completar un formulario de admisión estándar por separado para cada miembro del hogar.

Información del hogar

Es el cliente: Niño

Perfil del cliente

Primer nombre: _____ segundo nombre: _____ apellido: _____

Número de seguridad social: ____ - ____ - ____

Demografía del cliente

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Calidad de información:

FDN completa (HUD) FDN aproximada o parcial (HUD) El cliente no sabe El cliente se negó

Género: (todas las que son aplicables)

Femenino Masculino Un género que no sea singularmente femenino o masculino (por ejemplo, no binario, género fluido, agenero, género culturalmente específico)
 Transgénero No esta seguro

Raza:

El cliente no sabe El cliente se negó

Indígena estadounidense o nativo de Alaska o indígena Asiático o Asiático(a) americano Negro o afroamericano o africana

Etnicidad:

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco El cliente no sabe El cliente se negó

No hispano / no Latín (a)(o)(x) Hispano / Latín (a)(o)(x) El cliente no sabe El cliente se negó

Invalidez

¿El cliente tiene una condición de discapacidad? Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó

En caso afirmativo, complete lo siguiente para cada tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad / Determinación de discapacidad:

Trastorno por el uso de alcohol (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Trastorno por el uso de ambos alcohol y drogas(HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Condición de salud crónica (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Desarrollo (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó ?

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

Trastorno por el uso de drogas (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

La condición es de largo plazo?

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

VIH / SIDA (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

Trastorno de salud mental (HUD):

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Físico (HUD):

Sí No El cliente no sabe El cliente se negó

Fecha de inicio de discapacidad: ____ / ____ / ____

La condición es de largo plazo?

En caso afirmativo, se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente:

Seguro de salud

Cubierto por un seguro de salud? Sí | No | El cliente no sabe | El cliente se negó

Seleccione seguro (marque si los hay)	Fecha de inicio de recepción:
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud de Empleador	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro Obtenido Tráves de COBRA	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indios	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Medicare	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Medicaid	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Plan de salud de pago privado	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro de salud infantil	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Servicios médicos de VA	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otra fuente	____ / ____ / ____

En otro caso, por favor especifique:

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

Escriba el nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Escriba el nombre del trabajador de admisión

Firma del trabajador de admisión

Fecha