

**Name/Identification and Contact Information:**

HMIS consent form signed?    Sí    No

Primer Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Legal: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrada al Proyecto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manejador del Caso: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación:    /    /

**Ingreso Y Aseguranza (Todos las areas son requeridos a menos que se indique lo contrario)**

Recursos de Ingreso (Marque todos lo que apliquen)	Ingresos Declarados	Intervalo de Pago:					
		Semanal	Cada Otra Semana	Dos Veces por Mes	Por Mes	Cada Tres Meses	Anual
No recursos financieros							
Salario (salario de empleo / dinero)	\$						
Aseguranza de desempleo	\$						
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$						
Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$						
Compensación de incapacidad relacionada con el servicio de VA	\$						
Pensión de invalidez no-relacionada con el servicio de VA	\$						
Aseguranza Privada de incapacidad	\$						
Compensación del trabajador	\$						
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (CalWORKs)	\$						
Asistencia General (GA) (Alivio General (GR))	\$						
Ingresos de jubilación del Seguro Social	\$						
Pensión de un trabajo anterior	\$						
Manutención de hijos	\$						
Manutención de esposo/a	\$						
Otro Recursos (Especifica: _____)	\$						
Cliente No Sabe							
Cliente Se Negó							
Dato No Coleccionado							

**Recursos No Monetarios (Marque todas las que apliquen):**

Ninguno	Cliente No Sabe	Cliente Se Negó	Dato No Coleccionado
Estampillas de comida o Tarjeta de beneficios (CalFresh) Cantidad: _____	CalWorks para el cuidado de los niños Transporte de parte de CalWorks	Asistencia temporaria de renta Seccion 8 o Asistencia para la renta Otro _____	Médicamente necesitados Cantidad: _____
WIC	Otros servicios financiados por CalWorks		

<b>Aseguranza de Salud (Marque todas las que apliquen):</b>			
Sin Seguro de Salud	Cliente No Sabe	Cleinte Se Negó	Dato No Coleccionado
MediCal	MEDICARE	Aseguranza de Salud Estatal de	Servicios Medicos de VA
Seguro de Salud Pagado Por El	Aseguranza de Salud	Niños	
Empleador	COBRA	Aseguranza de Salud Privado	

# HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

**Preguntas de Evaluación** – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Marque Una Respuesta	Comentarios
1. ¿Es esto una actualización o evaluación anual?	Actualización del Proyecto Evaluación Anual del Proyecto	
2. ¿Usted tiene una discapacidad física?	No Sí** Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
2a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente. (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	No Sí Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
2b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	No Sí	
2c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	No Sí Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
3. ¿Usted le han dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje o discapacidades del desarrollo?	No Sí** Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
3a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	No Sí Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
3b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	No Sí	
3c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	No Sí Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
4. ¿Usted tiene una condición de salud crónica?	No Sí** Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
4a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')	No Sí Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
4b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')	No Sí	

# HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

**Preguntas de Evaluación** – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

4c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
5. ¿Usted ha sido diagnosticado con SIDA o ha tenido resultados positivos para el VIH?	No Sí **	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
5a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
5b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')	No	Sí	
5c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
6. ¿Usted siente que tiene algún problema de salud mental?	No Sí**	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
6a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
6b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')	No	Sí	
6c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
6d. ¿Cómo se confirmó la condición de salud mental? (Es requerido para PATH si la pregunta 6 es 'Sí')	Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica Confirmada por la evaluación previa o historia clínica		

# HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

**Preguntas de Evaluación** – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

<p>6e. ¿El cliente tiene una enfermedad mental grave? Si es así, ¿Cómo fue confirmada? (Es requerido para PATH si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<p>No Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica Confirmada por la evaluación previa o historia clínica Cliente No Sabe Cliente Se Negó</p>	
<p>7. ¿Usted tiene un problema de drogas o alcohol?</p>	<p>No Alcohol** Droga** Ambos**</p> <p>Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado</p>	
<p>7a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p>No Sí</p> <p>Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado</p>	
<p>7b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p>No Sí</p>	
<p>7c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p>No Sí</p> <p>Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado</p>	
<p>7d. ¿Cómo se confirmó la condición de abuso de sustancias? (Es requerido para PATH solo si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p>Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica Confirmada por la evaluación previa o historia clínica</p>	
<p>8. ¿Usted ha sido una víctima de violencia doméstica o violencia de parte de un compañero íntimo?</p>	<p>No Sí</p> <p>Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado</p>	
<p>8a. ¿ Hace cuánto tiempo tuviste esta experiencia? (Es requerido si la pregunta 8 es 'Sí')</p>	<p>En los últimos tres meses De tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) De seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) Hace más de un año Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado</p>	

# HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

**Preguntas de Evaluación** – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

8b. ¿Está huyendo ahorita? (Es requerido si la pregunta 8 es 'Sí')	No Sí	Cliente No Sabe Cliente Se Negó Dato No Coleccionado	
---	----------	---	--

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona de la Agencia

\_\_\_\_\_  
Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO ESCRIBA EN LA CAJA DE ABAJO – SOLAMENTE LA PERSONA QUE ENTRA LOS DATOS (Opcional):**

Fecha cuando entro los datos en HMIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pregunta	Respuesta	Iniciales del empleo que completo la forma	Comentarios
¿La forma de evaluación esta completamente llenado correctamente?	Sí No		

Nombre del Empleado (verificación de completo entrada de datos):  
\_\_\_\_\_