

N.º HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en que se completó el formulario / ____ / _____

HMIS del condado de Santa Cruz: inscripción de niños en el Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA)

El proveedor de servicios debe completar este formulario mientras entrevista a un niño miembro del hogar, *siempre y cuando no sea el jefe de familia. Se debe completar un formulario de inscripción de adultos de HOPWA por separado para cada miembro adulto del hogar. Se debe completar un formulario de inscripción de HOPWA por separado para cada niño miembro del hogar (que no sea el jefe de familia). También se debe completar un formulario de inscripción por separado para los miembros adultos del hogar, pero asegúrese de utilizar el formulario de inscripción para adultos de HOPWA.*

1) Nombre del cliente	Primer nombre	Apellido																				
Relación con el jefe de familia (Jefe de familia) (HUD) <i>Las personas solteras son consideradas jefe de familia. En los hogares con más de una persona, solo una de ellas deberá ser designada como jefe de familia.</i>	<input type="checkbox"/> Yo mismo (jefe de familia) <input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia <input type="checkbox"/> Miembro familiar del hogar <input type="checkbox"/> Miembro no familiar del hogar																					
Relación con el jefe de familia – Detalle adicional	<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Compañero de cuarto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Sobrino/sobrina <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra persona importante <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijastra/Hijastro																					
1) Fecha de inicio del proyecto <i>La fecha en que el cliente se inscribió en el programa; también se considera cuando el cliente comenzó a recibir ayuda del proyecto (programa).</i>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;">/</td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>				/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																	
Mes			Día			Año																

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

Condiciones discapacitantes (todas las respuestas son obligatorias)

Una condición discapacitante es una condición de salud que interfiere con la obtención y/o conservación de una vivienda estable. Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.

<p>1) ¿El cliente tiene actualmente una condición discapacitante? <i>Esta pregunta se utiliza junto con otra información para determinar si el cliente cumple los criterios de falta de vivienda crónica.</i></p> <p><i>Todas las preguntas de esta sección DEBEN responderse incluso si el cliente responde “no” a la condición discapacitante. Si el cliente responde “Sí” a cualquiera de las preguntas siguientes, la respuesta a la pregunta sobre la condición discapacitante también debe ser “Sí” si la condición es discapacitante.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>2) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>3) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>4) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>5) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</p> <p><i>Si es así, asegúrese de responder las preguntas obligatorias sobre VIH/SIDA a continuación.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>6) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>7) ¿Tiene el cliente un trastorno por consumo de sustancias?</p> <p><i>En caso afirmativo, ¿se espera que tenga una duración larga, continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente de vivir de forma independiente?</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Seguro de salud

<p>¿Cubierto por el seguro de salud? <i>¿El cliente está actualmente cubierto por un seguro médico?</i></p> <p>Si es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:</p> <p><i>Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid (Medi-Cal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
--	--

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Administración de Salud para Veteranos (VHA)

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Seguro médico proporcionado por el empleador

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Seguro médico obtenido a través de COBRA

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Seguro de salud con pago privado

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Seguro de Salud Estatal para Adultos

- Solicitado; pendiente de decisión
- Solicitado; el cliente no es elegible
- El cliente no presentó la solicitud
- Tipo de seguro N/A para este cliente
- El cliente no sabe
- El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud para Indígenas <input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____

Asistencia médica [Todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

<p>¿El cliente recibe el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?</p> <p>Si la respuesta a “Recibir Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)” es No, seleccione el motivo apropiado:</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>¿El cliente recibe el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?</p> <p>Si la respuesta a “Recibir Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)” es No, seleccione el motivo apropiado:</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
	<input type="checkbox"/> Solicitado; pendiente de decisión <input type="checkbox"/> Solicitado; el cliente no es elegible <input type="checkbox"/> El cliente no presentó la solicitud <input type="checkbox"/> Tipo de seguro N/A para este cliente <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Células T (CD4) y carga viral [todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

<p>¿Recuento de células T (CD4) disponible?</p> <p>Si la respuesta a “Recuento de células T (CD4) disponible” es Sí, recopile el número del recuento de células T: <i>Número entero entre 0 y 1500</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____

<p>Si ingresa un número en el recuento de células T (CD4), indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p><input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro</p>
<p>¿Hay información disponible sobre la carga viral?</p>	<p><input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Indetectable <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</p>
<p>Si hay “Información sobre la carga viral disponible”, recopile el recuento de carga viral: <i>Entero entre 0 y 999999</i></p>	
<p>Si se ingresa un número en el recuento de carga viral, indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p><input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro</p>

Antirretrovirales prescritos [para todos los miembros del hogar con VIH/SIDA]

¿Al participante se le han recetado medicamentos antirretrovirales? No Sí El cliente no sabe El cliente prefiere no responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (si no es el propio) _____