

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

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

El proveedor de servicios debe completar este formulario mientras entrevista a un cliente adulto o al jefe de familia antes de su salida del programa financiado por HOPWA. Utilice la salida para adultos de HOPWA si el niño está identificado como jefe de familia. *Se debe completar un formulario de salida infantil de HOPWA por separado para cada niño miembro del hogar (que no sea el jefe de familia). También se debe completar un formulario de salida por separado para los miembros adultos del hogar, pero asegúrese de utilizar el formulario de salida para adultos de HOPWA.* Si el proveedor de servicios no puede completar una entrevista antes de la salida del cliente, debe completar el formulario con toda la información que tenga disponible sobre el estado de salida del cliente.

Fecha de salida del proyecto

La fecha de salida del proyecto servirá como fecha de información para todos los elementos de datos recopilados en este formulario; todos los datos deben ser precisos a esta fecha, independientemente de la fecha de recopilación.

		/			/				
Mes			Día			Año			

Destino

¿Cuál de las siguientes opciones se asemeja más al lugar donde se hospedarán el cliente inmediatamente después de dejar este proyecto?

<p><u>Situaciones de personas sin hogar</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lugar no destinado para la estadía de personas (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia o refugio en casa de acogida</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio seguro</p> <p><u>Situaciones institucionales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar grupal de acogida</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación</p>	<p><u>Situaciones de vivienda temporal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar)</p> <p><input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de personas sin hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de acogida (sin crisis)</p> <p><input type="checkbox"/> Se queda o vive con familiares, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).</p> <p><input type="checkbox"/> Se queda o vive con amigos, estadía temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa).</p> <p><u>Situaciones de vivienda permanente</u></p> <p><input type="checkbox"/> Se queda o vive con familiares, estadía permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Se queda o vive con amigos, estadía permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, sin subsidio de vivienda permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con subsidio habitacional vigente [recabar información adicional a continuación]</p> <p><input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio continuo de vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda permanente</p>
--	--

Nombre del cliente _____

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

Otro: (Aparte del fallecimiento, hay situaciones muy limitadas aplicables a estas opciones. Por favor verifique que no haya una opción más apropiada antes de usarlos).

No se completó la entrevista de salida

Fallecido

Otro (especificar): _____

El cliente no sabe

El cliente prefiere no responder

<p>Tipo de subsidio de alquiler: Si selecciona <i>“Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda vigente”</i>, seleccione el tipo de subsidio de la vivienda en uso.</p>	<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Subsidio RRH o equivalente <input type="checkbox"/> Bono HCV (basado en inquilinos o proyectos) (no exclusivo) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de Vivienda de Emergencia (EHV) <input type="checkbox"/> Bono del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes adoptivos hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente no tenían hogar
--	---

Evaluación de vivienda al salir

<p>¿Cuál es la situación habitacional del cliente?</p>	<input type="checkbox"/> Capaz de mantener la vivienda que tenían al ingresar al proyecto <input type="checkbox"/> Se mudó a una nueva unidad habitacional <input type="checkbox"/> Se mudó con familiares o amigos de forma temporal. <input type="checkbox"/> Se mudó con familiares o amigos de forma permanente. <input type="checkbox"/> Se mudó a un centro o programa de vivienda temporal o de transición	<input type="checkbox"/> El cliente se quedó sin hogar y se mudó a un refugio u otro lugar no apto para la estadía de personas. <input type="checkbox"/> Cárcel/prisión <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<p>Si el cliente <i>“pudo mantener la vivienda al ingresar al proyecto”</i>, responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:</p>	<input type="checkbox"/> Sin subsidio <input type="checkbox"/> Con el subsidio que tenían al inicio del proyecto <input type="checkbox"/> Con un subsidio permanente adquirido desde el inicio del proyecto <input type="checkbox"/> Sólo con ayuda financiera distinta a un subsidio	
<p>Si el cliente <i>“se mudó a una nueva unidad de vivienda”</i>, responda la siguiente pregunta sobre la información del subsidio:</p>	<input type="checkbox"/> Con subsidio permanente <input type="checkbox"/> Sin subsidio permanente	

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) ¿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>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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
<p>2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</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>3) ¿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>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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
<p>4) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</p> <p><i>Si es así, asegúrese de responder las preguntas obligatorias sobre VIH/SIDA a continuación.</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>5) ¿Tiene el cliente un trastorno de salud mental?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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><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>6) ¿Tiene el cliente algún 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>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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>	<input type="checkbox"/> Medicaid (Medi-Cal) <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"/> Medicare <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

Nombre del cliente _____

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

<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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

Nombre del cliente _____

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

	<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> <p>Si ingresa un número en el recuento de células T (CD4), indique ¿cómo se obtuvo la información?</p>	<p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder </p> <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> <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>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"/> 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> <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> <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]

<p>¿Al participante se le han recetado medicamentos antirretrovirales?</p>	<p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <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) _____