

N.º HMIS _____

Nombre del cliente _____

Nombre del personal _____

Fecha _____

HMIS del condado de Santa Cruz: actualización del estado del niño y/o evaluación anual del Programa de Oportunidades de Vivienda para las Personas con SIDA (HOPWA)

Un proveedor de servicios debe completar una evaluación de actualización del estado del niño de HOPWA cada 90 días que un cliente infantil haya estado inscrito en un programa financiado por HOPWA, independientemente de si su información ha cambiado. Después de que el cliente haya estado inscrito en el programa durante 1 año, el proveedor de servicios debe completar una evaluación anual infantil de HOPWA en lugar de una evaluación de estado. Este formulario se puede utilizar para la evaluación de estado o la evaluación anual porque se recopila la misma información; sin embargo, asegúrese de seleccionar el tipo de evaluación apropiado al ingresar estos datos en el HMIS. *Se debe completar un formulario de estado HOPWA y/o de evaluación anual por separado para cada niño miembro del hogar (que no sea el jefe de familia). Se debe completar un formulario de estado de HOPWA y/o un formulario de evaluación anual por separado para los clientes adultos y también para el jefe de familia, pero asegúrese de utilizar el formulario de estado de HOPWA para adultos y/o el formulario de evaluación anual.*

Fecha de actualización del estado del proyecto

		/			/				
Mes			Día			Año			

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.

1) ¿Tiene el cliente alguna discapacidad física? <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>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
3) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> No	<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>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> <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder <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
---	---

Nombre del cliente _____

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

Si es así, seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del cliente:

Si el cliente está actualmente cubierto por varios seguros de salud, seleccione todos los que correspondan.

- Medicaid (Medi-Cal)
 - 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

- Medicare
 - 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

- 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

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"/> Seguro de salud con pago privado <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"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <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"/> 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

Nombre del cliente _____

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

<p>¿El cliente recibe el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?</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>Si la respuesta a “Recibir Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)” es No, seleccione el motivo apropiado:</p>	<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>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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>	<input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro
<p>¿Hay información disponible sobre la carga viral?</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>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>	<input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Informe del cliente <input type="checkbox"/> Otro

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) _____