

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

HMIS del condado de Santa Cruz: inscripción estándar de niños

El proveedor de servicios debe completar este formulario para cada nuevo miembro del hogar infantil **menor** de 18 años, *a menos que sea el jefe de familia*. **También se deben completar inscripciones de clientes por separado para adultos, pero asegúrese de utilizar el formulario de inscripción de clientes adultos estándar de HMIS.**

1) Nombre del cliente	Primer nombre	Apellido
<p>Relación con el jefe de familia (Jefe de familia) (HUD)</p> <p><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></p>	<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	
<p>Relación con el jefe de familia – Detalle adicional</p>	<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

Nombre del cliente _____

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

<p>2) Fecha de inicio del proyecto</p> <p><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></p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: #cccccc; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: #cccccc; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes			Día			Año			
		/			/																
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.

<p>1) ¿El cliente tiene actualmente una condición discapacitante?</p> <p><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>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder				
<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>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder				
<p>3) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe				
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder				
<p>4) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente no sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
<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>5) ¿El cliente tiene VIH – SIDA?</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 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

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>	<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"/> Medicaid (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos (VHA) <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador	

Nombre del cliente _____

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

Seguro médico obtenido a través de COBRA

Seguro de salud con pago privado

Seguro de Salud Estatal para Adultos

Programa de Servicios de Salud para Indígenas

Otros seguros de salud

Si es otro, especifique: _____

Nombre del cliente _____

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