

N.º HMIS _____

Nombre del cliente _____

Nombre del personal _____

Fecha _____

HMIS del condado de Santa Cruz: evaluación estándar y/o anual del estado del niño

Un proveedor de servicios debe completar una evaluación estándar del estado del niño cada 90 días que un cliente infantil haya estado inscrito en un programa específico, 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 estándar anual de adultos 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 deben completar actualizaciones de estado y/o evaluaciones anuales por separado para cada cliente que sea **menor** de 18 años, *a menos que sea el jefe de familia. La actualización de estado y/o las evaluaciones anuales también deben completarse para los adultos, pero asegúrese de utilizar el formulario estándar de actualización de estado y/o evaluación anual para adultos de HMIS.*

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"/> 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
2) ¿Tiene el cliente una discapacidad del desarrollo?	<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
3) ¿Tiene el cliente una condición de salud crónica? <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"/> 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

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

<p>4) ¿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>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 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"/> 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> <p>Sí 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 <input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA <input type="checkbox"/> Seguro de salud con pago privado <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Salud para Indígenas <input type="checkbox"/> Otros seguros de salud Si es otro, especifique: _____

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

Nombre del cliente_____

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____