Client ID: _____
Project Name: _____
Information Date: _____
Staff Name: _____

HMIS Annual/Update Form

For Children in HMIS Projects

Identificación: *Todas las secciones son obligatorios a menos que se indique lo contrario*

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____

Apellido: _____ **Sufijo:** _____

Número de Seguro Social (SSN): _____-____-_____

Fecha de Nacimiento (DOB): ____/____/_____

Nombre de Cabeza de Hogar:

Tipo de Evaluación ☐Durante la inscripción al programa ☐Evaluación Anual

Evaluación de Bienestar *(Marque todo lo que corresponda)*

Seguro médico

☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar

Fuentes de seguro médico *(Marque todo lo que corresponda)*

☐Seguro médico privado
☐MEDICAID
☐Health Net (Medi-Cal)-Niños
☐State Kaiser (Medi-Cal)-Niños
☐Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños
☐Administración de Salud de Veteranos (VHA)
☐Seguro obtenido a través de COBRA
☐Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)
☐Medicare
☐Health Net (Medi-Cal)-Adultos
☐State Kaiser (Med-Cal)-Adultos
☐Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
☐Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
☐Seguro médico proporcionado por el empleador
☐Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
☐Otro: _____

Barreras *(solo durante la inscripción al programa)*

	Barrera Presente	**La condición es indefinida**
☐Trastorno del Alcohol	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar
☐Condición de Salud Crónica	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar
☐Discapacidad del desarrollo	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	
☐Trastorno por consumo de drogas	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar
☐VIH/SIDA	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	
☐Trastorno de salud mental	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar
☐Discapacidad Física	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar	☐Sí ☐No ☐El cliente no sabe ☐El cliente prefiere no contestar