

HMIS Intake and Enrollment Form Coordinated Entry

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

For persons entering HIMS project type: **Coordinated Entry**

Cientes que regresan: ¿A dónde fuiste/te alojaste la última vez que estuviste aquí?

Identificación - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario	
Primer Nombre: _____	Segundo Nombre: _____
Apellido: _____	Sufijo: _____
Datos de calidad del nombre: ¿La clienta proporcionó su nombre completo?	
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado	<input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> SSN completo reportado	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Fecha de nacimiento (DOB): ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Raza y Etnicidad (Seleccione todo lo que aplique)	
<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska, o indígena	<input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano
<input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latina/o
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Sexo	
<input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estatus de veterano (¿Alguna vez ha servido en el ejército de los EE. UU.?)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Dirección postal e información de contacto (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)	
Dirección: _____	
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Email: _____	
Teléfono principal: _____	
Teléfono de mensaje: _____	
Nombre de Cabeza de Hogar: _____	
Relación con la cabeza de hogar	
<input type="checkbox"/> Sí mismo	<input type="checkbox"/> Hijo
<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Niño dependiente
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/> Otra relación familiar
<input type="checkbox"/> Otra no relacionada	
Fecha de Inicio del Proyecto: _____	____/____/____

Evaluación de Datos Universales	
Condición de Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Situación de vivienda: <i>Identifique el tipo de residencia y la duración de la estadía en esa residencia justo antes de la admisión al programa</i>	
1. ¿Cuál era la situación que vivía inmediatamente antes de ingresar al proyecto? (La noche anterior)	
Literalmente sin hogar	
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro <i>*If selection made, continue to question 2, 3-5</i>	
Situación Institucional	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación <i>*If selection made, continue to question 1a</i>	
Vivienda Temporal	
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Casa de Anfitrión (no en crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <i>*If selection made, continue to question 1b</i>	
Vivienda Permanente	
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso Tipo de subsidio: <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 1b</i>	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1a. ¿Se quedó menos de 90 días (*Pertains to Institutional Situation)	
<input type="checkbox"/> Sí (<i>Continue to questions 2-2a</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1b. ¿Se quedó menos de 7 noches? (*Pertains to Transitional & Permanent Housing Situations)	
<input type="checkbox"/> Sí (<i>Continue to questions 2-2a</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to question 2, then to Health Insurance</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
2. ¿Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior?	
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
2a. ¿La noche anterior se quedó en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro?	
<input type="checkbox"/> Sí (<i>Continue to questions 3-5</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to Health Insurance</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
3. Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda: ____/____/____	

4. Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces el cliente ha estado en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos tres años, incluido el día de hoy?	
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro veces o más
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
5. Número total de meses viviendo en las calles, en refugios de emergencia, o refugio seguro en los últimos tres años	
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 2-12 meses (<input type="text" value=""/> meses)
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Sí (Seleccione fuente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Fuentes de seguro médico (Marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Seguro médico privado	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> MEDICAID	<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> State Kaiser (Med-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> State Kaiser (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
<input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquín (Medi-Cal)-Niños	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA)	<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador
<input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Matriz de autosuficiencia (Enter completed matrix into HMIS)	
Evaluación de Triage	
¿Ubicación de la evaluación?	¿Tipo de evaluación?
<input type="checkbox"/> Stanislaus Community Care System	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> En persona
¿Qué es el tipo de hogar?	
<input type="checkbox"/> Sin niños <input type="checkbox"/> Solo con niños <input type="checkbox"/> Con niños y adultos <input type="checkbox"/> Tipo de hogar desconocido	
Fecha de Información: ____/____/____	Punto de recogida de evaluación de triaje: <input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> Salida

Situación de Vida Actual	
1. Situación de vivienda	
Literalmente sin hogar	
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro <i>*If selection made, continue to Contact Service</i>	
Situación Institucional	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
Vivienda Temporal	
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
Vivienda Permanente	
<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso Tipo de subsidio: <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 2</i>	
<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?	
<input type="checkbox"/> Sí (<i>Continue to questions 3-6</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Continue to Contact Service</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Información de servicio de contacto	
Registro de contacto (<i>indique el servicio proporcionado</i>): _____	
Geolocation: <input type="checkbox"/> (Reminder to check box in HMIS) <input type="checkbox"/>	

