

HMIS Intake and Enrollment Form

CoC/ESG/State & Private Funded

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

For persons entering HMIS project type: **Transitional Housing, any type of Permanent Housing/RRH, Services Only, Homeless Prevention, Day Center** Also for persons entering CES Enrollment (reminder to collect the VI-SPDAT & Self-Sufficiency)

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
Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario	
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: _____	
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"/> Otr relación familiar
<input type="checkbox"/> Otra: no relacionada	
Fecha de Inicio del Proyecto: ____/____/____	
Fecha de Mudanza a la Vienda <i>(Todos los componentes de la vivienda permanente) HOH Only</i>	
____/____/____	

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: _____	
Barreras (Marque todas las que correspondan)		
¿Se espera que la barrera dure mucho tiempo o sea indefinida? ¿Impide sustancialmente la disponibilidad del cliente para vivir de forma independiente? y podría mejorarse mediante la provisión de viviendas adecuadas?		
	Barrera Presente	La condición es indefinida
<input type="checkbox"/> Trastorno del Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> 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 contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Sobreviviente de Violencia Doméstica		
Experiencia de violencia doméstica		
<input type="checkbox"/> Sí (Responda las preguntas a continuación)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
¿Cuándo ocurrió la experiencia?		
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses atrás (excluyendo exactamente 6 meses)	
<input type="checkbox"/> De 6 meses a un año (excluyendo exactamente 1 año)	<input type="checkbox"/> Hace un año o más	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
En caso afirmativo, ¿estás huyendo?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar

Evaluación Financiera	
¿La clienta tiene alguna fuente de ingresos? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	\$
<input type="checkbox"/> Seguro de Compensación Laboral	\$
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWorks)	\$
<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación (Seguro Social)	\$
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	\$
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso	\$
¿La clienta tiene beneficios no monetarios? <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Beneficios No Monetarios	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$
<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	\$
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	\$
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$
Asistencia Proporcionada Para Seguir Adelante : HUD Coc PSH	
Fecha de Servicio:	____/____/____
Asistencia Para Seguir Adelante	
<input type="checkbox"/> Asistencia para seguir adelante: asistencia financiera para seguir adelante <input type="checkbox"/> Asistencia para seguir adelante: referencia/ubicación de vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia para seguir adelante: asistencia no financiera para seguir adelante <input type="checkbox"/> Asistencia para continuar con la mudanza: otra (especifique) <input type="checkbox"/> Asistencia para la solicitud de vivienda subsidiada y asistencia para seguir adelante	

****FOR COORDINATED ENTRY****		<i>(Reminder to switch organization to Continuum of Care)</i>	
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			
Matriz de autosuficiencia (Enter completed matrix into HMIS)			
Evaluación de Triaje			
¿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"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico		<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <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"/> RRRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar		<input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	
<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"/> Si <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"/> Si <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 (Por favor indique el servicio prestado): _____	
Geolocalización: <input type="checkbox"/> (Reminder to check box in HMIS)	
Preguntas Adicionales	
1a. ¿Hay violencia o conflicto en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1b. ¿Está en riesgo su salud o seguridad en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
***If yes to 1a AND 1b, continue to 1c	
1c. ¿Tiene otro lugar a dónde ir?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>continue to 1d</i>)	
<input type="checkbox"/> No, Es probable que se necesite una intervención especial. (Comment): _____ (If DV may not be able to use HMIS)	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1d. ¿Cuánto tiempo podría quedarse?	
<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
Prioritization Status:	<input type="checkbox"/> Placed on prioritization list <input type="checkbox"/> Not placed on prioritization list
Assessment-VI-SPDAT (Enter completed VI-SPDAT into HMIS)	