

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Name/Identification and Contact Information:

HMIS consent form signed? Sí No

Primer Nombre Legal: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido Legal: _____ Sufijo: _____

Nombre del Proyecto: _____ Fecha de Entrada al Proyecto: ____/____/____

Manejador del Caso: _____ Fecha de Evaluación: ____/____/____

Ingreso Y Aseguranza (Todos las areas son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Recursos de Ingreso (Marque todos lo que apliquen)	Ingresos Declarados	Intervalo de Pago:					
		Semanal	Cada Otra Semana	Dos Veces por Mes	Por Mes	Cada Tres Meses	Annual
<input type="checkbox"/> No recursos financieros							
<input type="checkbox"/> Salario (salario de empleo / dinero)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aseguranza de desempleo	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compensación de incapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pensión de invalidez no-relacionada con el servicio de VA	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aseguranza Privada de incapacidad	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (CalWORKs)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) (Alivio General (GR))	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pensión de un trabajo anterior	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manutención de hijos	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manutención de esposo/a	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro Recursos (Especifica: _____)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe							
<input type="checkbox"/> Cliente Se Negó							
<input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado							

Recursos No Monetarios (Marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe	<input type="checkbox"/> Cliente Se Negó	<input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
<input type="checkbox"/> Estampillas de comida o Tarjeta de beneficios (CalFresh) Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> CalWorks para el cuidado de los niños	<input type="checkbox"/> Asistencia temporaria de renta	<input type="checkbox"/> Medicamento necesitados
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Transporte de parte de CalWorks	<input type="checkbox"/> Seccion 8 o Asistencia para la renta	Cantidad: _____
	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por CalWorks	<input type="checkbox"/> Otro _____	

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Asegurancia de Salud (Marque todas las que apliquen):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin Seguro de Salud | <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe | <input type="checkbox"/> Cleinte Se Negó | <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado |
| <input type="checkbox"/> MediCal | <input type="checkbox"/> MEDICARE | <input type="checkbox"/> Asegurancia de Salud Estatal de Niños | <input type="checkbox"/> Servicios Medicos de VA |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Pagado Por El Empleador | <input type="checkbox"/> Asegurancia de Salud COBRA | <input type="checkbox"/> Asegurancia de Salud Privado | |

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Preguntas de Evaluación – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Marque Una Respuesta	Comentarios
1. ¿Es esto una actualización o evaluación anual?	<input type="checkbox"/> Actualización del Proyecto <input type="checkbox"/> Evaluación Anual del Proyecto	
2. ¿Usted tiene una discapacidad física?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí**	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
2a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente. (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
2b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
2c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 2 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
3. ¿Usted le han dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje o discapacidades del desarrollo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí**	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
3a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
3b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
3c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 3 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
4. ¿Usted tiene una condición de salud crónica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
4a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado
4b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Preguntas de Evaluación – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

<p>4c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 4 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>5. ¿Usted ha sido diagnosticado con SIDA o ha tenido resultados positivos para el VIH?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>5a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>5b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
<p>5c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 5 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>6. ¿Usted siente que tiene algún problema de salud mental?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí**	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>6a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>6b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
<p>6c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
<p>6d. ¿Cómo se confirmó la condición de salud mental? (Es requerido para PATH si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmada por la evaluación previa o historia clínica		

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Preguntas de Evaluación – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

<p>6e. ¿El cliente tiene una enfermedad mental grave? Si es así, ¿Cómo fue confirmada? (Es requerido para PATH si la pregunta 6 es 'Sí')</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmada por la evaluación previa o historia clínica <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó</p>	
<p>7. ¿Usted tiene un problema de drogas o alcohol?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Alcohol** <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Droga** <input type="checkbox"/> Dato No <input type="checkbox"/> Ambos** <input type="checkbox"/> Coleccionado</p>	
<p>7a. ¿Se espera que sea continuo y de duración indefinida Y reduce sustancialmente capacidad para vivir de forma independiente? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No <input type="checkbox"/> Coleccionado</p>	
<p>7b. ¿Tienes documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>7c. ¿Usted está recibiendo servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No <input type="checkbox"/> Coleccionado</p>	
<p>7d. ¿Cómo se confirmó la condición de abuso de sustancias? (Es requerido para PATH solo si la pregunta 7 es 'Alcohol', 'Droga', o 'Ambos')</p>	<p><input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunta o uno mismo-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado a través de la evaluación y la evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmada por la evaluación previa o historia clínica</p>	
<p>8. ¿Usted ha sido una víctima de violencia doméstica o violencia de parte de un compañero íntimo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No <input type="checkbox"/> Coleccionado</p>	
<p>8a. ¿ Hace cuánto tiempo tuviste esta experiencia? (Es requerido si la pregunta 8 es 'Sí')</p>	<p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> De seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace más de un año <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado</p>	

HMIS Formulario de Evaluación de Actualización/Annual

HMIS Update/Annual Assessment Form

Nombre del Cliente / ID: _____

Preguntas de Evaluación – Todos Los Clientes, Preguntas requeridas están sombreadas

8b. ¿Está huyendo ahorita? (Es requerido si la pregunta 8 es 'Sí')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Dato No Coleccionado	
---	--	---	--

Firma del Cliente

Sitio

Fecha

Firma de la Persona de la Agencia

Sitio

Fecha

NO ESCRIBA EN LA CAJA DE ABAJO – SOLAMENTE LA PERSONA QUE ENTRA LOS DATOS (Opcional):

Fecha cuando entro los datos en HMIS: ____/____/____

Pregunta	Respuesta	Iniciales del empleo que completo la forma	Comentarios
¿La forma de evaluación esta completamente llenado correctamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre del Empleado (verificación de completo entrada de datos):
