

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

Nombre/ Identificación:

Primer Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Legal: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### ***Destino y Razon de Salida (Todas areas son requeridos a menos que se indique lo contrario)***

#### **Destino (Marque sólo uno)**

- Difuntos
- Refugio de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con vales de refugio de emergencia
- Casa de crianza o grupo de casa de crianza
- Hospital u otro establecimiento medico no psiquiátrico residencial
- Hotel o motel pagado sin el vale de refugio de emergencia
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- Centro de cuidado prolongado u hogar de ancianos
- Se trasladó de un proyecto de fondos de HOPWA a PH de HOPWA
- Se trasladó de un proyecto de fondos de HOPWA a TH de HOPWA
- Propiedad de cliente, sin subsidio de vivienda permanente
- Propiedad de cliente, con subsidio de vivienda permanente
- Vivienda permanente de apoyo para personas sin hogar antes (tales como: proyecto de CoC; o programas heredados de HUD; o PH de HOPWA)
- Lugar no destinado para habitación (por ejemplo, un vehículo, un edificio abandonado, estación bus/tren/metro, aeropuerto o en cualquier lugar afuera)
- Hospital psiquiátrico u otro establecimiento psiquiátrico
- Alquiler por el cliente, sin subsidio de vivienda permanente
- Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda de VASH
- Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
- Alquiler por cliente, otro subsidio de vivienda permanente
- Proyecto residencial o casa sin criterios sin hogar
- Refugio seguro
- Permanecer o vivir con familia, permanente arrendamiento
- Permanecer o vivir con la tenencia familiar, temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Permanecer o vivir con amigos, tenencia permanente
- Permanecer o vivir con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, casa o apartamento de habitación)
- Plantel de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
- Viviendas transicionales para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar)
- Otro, especificar: \_\_\_\_\_
- No hay entrevista de salida completado
- Cliente No Sabe
- Cliente Se Negó
- Dato No Coleccionado

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

Razón Por La Que Se Va (Marque sólo uno)	
<input type="checkbox"/> Salí por una oportunidad de hogar antes de completar el programa	<input type="checkbox"/> Las necesidades no puede cumplirse por programa
<input type="checkbox"/> Completé el programa	<input type="checkbox"/> Desacuerdo con las reglas/personas
<input type="checkbox"/> No pagé la renta o cargo de ocupación	<input type="checkbox"/> Muerte
<input type="checkbox"/> Incumplimiento de programa	<input type="checkbox"/> Desconocido/desaparecido
<input type="checkbox"/> Actividad criminal o la destrucción de la propiedad/violencia	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Se acabó el tiempo permitido por el programa	

Próximo domicilio (opcional)			
Dirección de la Calle:		# de Unidad:	
Ciudad:		Condado:	
Estado:	Codigo Postal: _____ - _____	País:	
Correo electrónico:	Numero de Telefono:	Numero de Telefono Alt:	

### ***Ingresos y Aseguranzas (Todas 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	Anual
<input type="checkbox"/> No recursos financieros							
<input type="checkbox"/> Salario ( <i>salario de empleo / dinero</i> )		<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 ( <i>CalWORKs</i> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) ( <i>Alivio General (GR)</i> )		<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							

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

Documentacion de Ingreso (Opcional):	Comentarios (Opcional):
<input type="checkbox"/> Forma de GR <input type="checkbox"/> Forma de CalWORKS <input type="checkbox"/> Carta de Pension	
<input type="checkbox"/> Recibo de Sueldo <input type="checkbox"/> Forma de Aseguranza de Desempleo <input type="checkbox"/> Forma de Desempleo	
<input type="checkbox"/> La Prestación de Utilidad <input type="checkbox"/> Forma de W-2 <input type="checkbox"/> Declaración del Uno Mismo	
<input type="checkbox"/> Forma de Manutención de Hijos <input type="checkbox"/> Forma de SSDI <input type="checkbox"/> Impresión o carta del Empleador	
<input type="checkbox"/> Forma de Seguro Social <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Documentacion de VA	
<input type="checkbox"/> Forma de SSI <input type="checkbox"/> Documentación de Autoempleo	

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"/> Transporte de parte de CalWorks	<input type="checkbox"/> Asistencia temporaria de renta <input type="checkbox"/> Seccion 8 o Asistencia para la renta <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Medicamente necesitados Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por CalWorks		

Aseguranza 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"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> Aseguranza 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"/> Aseguranza de Salud COBRA	<input type="checkbox"/> Aseguranza de Salud Privado	

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

Salida del Programa:

Programa: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Manejador de Casos: \_\_\_\_\_

Fecha de Salida del Programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SALUD GENERAL** – Todos los clientes, preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Marque una respuesta	Comentarios
¿Usted tiene una discapacidad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Discapacidad Física: Espera que sea de duración indefinida Y largo – continuó y sustancialmente deteriora la capacidad para vivir independientemente (Es requerido si la pregunta anterior es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Discapacidad Física: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo (Es requerido si la discapacidad física es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respuesta es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la discapacidad física es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
¿Usted tiene una discapacidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Discapacidad en el Desarrollo: Espera que sea de duración indefinida y largo – continuó y sustancialmente deteriora la capacidad para vivir independientemente (Es requerido si la pregunta anterior es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Discapacidad en el Desarrollo: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo (Es requerido si la discapacidad del desarrollo es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respueste es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si la discapacidad del desarrollo es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
¿Usted ha sido diagnosticado con SIDA o ha tenido resultados positivos para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
VIH/SIDA: Espera que sustancialmente afecte la habilidad para vivir independientemente (Es requerido si la pregunta anterior es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
VIH/SIDA: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo (Es requerido si el VIH/SIDA es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respueste es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? (Es requerido si el VIH/SIDA es Sí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
¿Usted siente que tiene problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

Salud Mental: Espera que sea de duración indefinida y largo – continuó y sustancialmente deteriora la capacidad para vivir independientemente <b>(Es requerido si la pregunta anterior es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Salud Mental: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo <b>(Es requerido si la salud mental es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respueste es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? <b>(Es requerido si la salud mental es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
¿Usted tiene problemas de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Datos No <input type="checkbox"/> No    Coleccionado	
Abuso de Sustancias: Espera que sea de duración indefinida y largo – continuó y sustancialmente deteriora la capacidad para vivir independientemente <b>(Es requerido si la pregunta anterior es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Abuso de Sustancias: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo <b>(Es requerido si el abuso de sustancias es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respueste es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? <b>(Es requerido si el abuso de sustancias es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Condición de Salud Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Condición de Salud Crónica: Espera que sea de duración indefinida y largo – continuó y sustancialmente deteriora la capacidad para vivir independientemente <b>(Es requerido si la pregunta anterior es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	
Condición de Salud Crónica: Documentación de la discapacidad y la severidad en el archivo <b>(Es requerido si la condición de salud crónica es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respueste es sí usted actualmente recibe servicios/tratamiento para esta discapacidad? <b>(Es requerido si la condición de salud crónica es Sí)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cliente No Sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente Se Negó <input type="checkbox"/> Datos No Coleccionado	

# HMIS Formulario de Salida - General

## HMIS Exit Form - General

Nombre del Cliente / ID: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:** Adultos de 18 años o más o encargados de familia que son mayores de 18 años son requeridos de contestar todas las preguntas que están sombreadas

Pregunta	Marque una respuesta	Comentario
¿Usted está empleado en este momento?	<input type="checkbox"/> No <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Cliente No Sabe</span> <input type="checkbox"/> Sí <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Cliente Se Negó</span>	
Si la respuesta es Sí para 'Empleado', que tipo de empleo: (Es requerido si esta trabajando)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporada / esporádica (incluyendo día laboral)	
Si la respuesta es No para 'Empleado', Porque No Esta Empleado (Es requerido si la respuesta de empleo es 'No')	<input type="checkbox"/> En busca de trabajo <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> No buscando trabajo</span> <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar	

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona de la Agencia Sitio

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO ESCRIBIR EN CAUDRO SIGUIENTE - SOLAMENTE PERSONAL DE DATOS (Opcional):**

Fecha cuando entro a HMIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pregunta	Respuesta	Iniciales del miembro personal	Comentarios
¿El HMIS Formulario de Salida esta llenado completamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre de personal (verificación de la terminación de entrada de datos):

\_\_\_\_\_