# Entrevista Anual al Participante para HMIS

**4.04** Seguro de Salud

Está cubierto por algún Seguro de Salud actualmente:  Sí  No  Participante no sabe

Participante rehusó

De haber contestado SÍ en la pasada pregunta, marcar cada tipo de Seguro de Salud. (Marque NO para los que ya fueron terminados, aunque hayan sido recibidos en el pasado):

Medicaid -  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Medicare  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Programa de Seguro de Salud del Estado para niños  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Servicios Médicos del Hospital de Veteranos (VA) -  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Seguro de Salud a través del Patrono –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Seguro de Salud para adultos a través del Estado –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Seguro de Salud Privado –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Seguro de Salud a través de COBRA –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Programa de Servicios de Salud Indio –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación  Solicitó, pero no es elegible

No ha solicitado  Tipo de seguro no aplica al participante  Participante no sabe

Participante rehusó

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barreras – Incapacidades:

SÍ NO Participante no sabe Participante rehusó

**4.05** Incapacidad Física:

¿Se espera que sea de larga,

continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

**4.06** Incapacidad de Desarrollo:

**4.07** Condición de Salud Crónica:

¿Se espera que sea de larga,

continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

**4.08** Condición VIH/SIDA:

¿

**4.09** Problema de Salud Mental:

¿Se espera que sea de larga,

continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

De tener un Problema de Salud Mental, ¿Cómo fue confirmado? (Requerido solo a Programas PATH):

Sin confirmar, por presunción o informado a través del participante

Confirmado a través de cernimiento y evaluación clínica

Confirmado a través de evaluaciones anterior o expediente clínico.

De tener un Problema de Salud Mental, ¿es una enfermedad mental severa (SMI)? (Requerido solo a Programas PATH):

No

Sin confirmar, por presunción o informado a través del participante

Confirmado a través de cernimiento y evaluación clínica

Confirmado a través de evaluaciones anterior o expediente clínico.

Participante no sabe

Participante rehusó

NO Drogas Alcohol Participante no sabe Participante rehusó

**4.10** Abuso de Sustancias:

¿Se espera que sea de larga, continua

e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

**4.11** Violencia Domestica (Aplica a Participante Principal y Adultos):

Fecha de efectividad de la Información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es víctima?:  Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

¿Último incidente fue en? :  En los últimos 3 meses  De 3 a 6 meses, excluyendo 6 meses

De 6 meses a un año, excluyendo el año exacto  Un año o Más

Participante no sabe  Participante rehusó

¿Huyendo actualmente? :  Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

**4.02** Ingresos (Aplica a Adultos y Participante Principal):

Fecha de efectividad de la información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualmente, ¿recibe ingresos de alguna fuente?:  Sí  No

Participante no sabe  Participante rehusó

De haber contestado SÍ en la pasada pregunta, marcar los que apliquen y colocar cantidad mensual ($):

Salario por Trabajo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro por Desempleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de Ingreso Suplementario (SSI): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro Social por Incapacidad (SSDI): $\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación Incapacidad de Veterano–Servicio VA: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TANF: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión por Incapacidad de Veterano-No relacionado a VA: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Privado Por Incapacidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Asistencia General (GA): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación para Trabajadores: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro Social Por Retiro: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión Por Retiro de empleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pensión Alimentaria para Niños: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión Alimentaria o Manutención Conyugal: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otros Ingresos: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique otros ingresos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.03** Beneficios No Económicos (Aplica a Adultos y Participante Principal):

Fecha de efectividad de la Información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe Beneficios no-económicos actualmente?:  Sí  No

Participante no sabe  Participante rehusó

De haber contestado SI en la pasada Pregunta, marcar los que apliquen:

PAN:  WIC  TANF – Cuido de Niños  TANF – Transportación  TANF - Otros servicios

Asistencia Temporal Para Renta  Otros:

Indique otros Beneficios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.12 Situación de Vida Actual (Aplica al Participante Principal y Adultos y a proyectos de Alcance Comunitario, Solo Servicios, Sistema Coordinado y Albergue de emergencia noche tras noche)

Tipo de Residencia antes de participar de los servicios del proyecto, (Aplica a adultos y Participante Principal):

*Literalmente Sin Hogar*:

Lugar no destinado a vivienda (auto, parque, calle, edificio abandonado, estación del tren o aeropuerto o cualquier lugar a la intemperie)

Albergue de Emergencia, incluyendo motel u hotel pagado mediante vale de albergue de emergencia

Safe Haven

*Situación Institucional:*

Hogar de Crianza individual u Hogar de crianza grupal institucional

Hospital o centro psiquiátrico

Hospital u otra facilidad médica residencial no psiquiátrica

Cárcel o Institución Juvenil

Facilidad de cuidado a largo plazo u hospicio

Centro de tratamiento para abuso de substancia o Centro D-Tox

*Situación de Vivienda Transitoria/Permanente:*

Hotel o Motel pagado que no sea mediante vale de albergue de emergencia

Casa propia, sin subsidio

Casa propia, con subsidio

Hogares Privados de Apoyo “Host Homes “

Vivienda permanente para personas que estaban sin hogar que NO sea RRH

Casa Alquilada, sin subsidio

Casa alquilada, con subsidio de vivienda VASH

Casa alquilada, con subsidio GPD TIP

Casa alquilada, otro subsidio de vivienda

Casa alquilada con RRH o subsidio equivalente

Casa alquilada, con vale HCV (“Tenant or Project based”)

Casa alquilada, en una unidad de vivienda pública

Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin requisito de ser persona sin hogar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un familiar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un amigo

Vivienda Transitoria para las personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)

Participante no sabe  Participante rehusó

¿El participante tiene que desalojar el lugar descrito en la pregunta anterior dentro de 14 días?

Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

De haber contestado “Si” en la pregunta anterior:

¿El participante tiene una residencia subsiguiente identificada?

Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

¿El individuo o familia tiene recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

¿Ha tenido el cliente un interés de arrendamiento o propiedad en una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?

Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

¿El participante se ha mudado 2 veces o más en los últimos 60 días?

Sí  No  Participante no sabe  Participante rehusó

Notas:

1. Preguntas con posibles alternativas para responder deben ser mencionadas al participante para una mejor recolección de los datos.
2. Recuerde repasar el Manual de Estándares de HMIS para explicación de las preguntas.