# 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.