

Condado de Santa Bárbara

Admisión Estándar de HMIS – Menor de Edad

Este formulario está diseñado para completarse mientras se entrevista a un cliente:

- Complete un formulario de Admisión Estándar-Adulto por separado para **cada adulto** del hogar
- Complete un formulario de Admisión Estándar Menor de Edad para **cada niño/a** del hogar

HMIS # _____

CM Name: _____

Project Entry Date: ____/____/____

Información del Hogar

El cliente es ☐ Menor de 18 Años

Quen es el Jefe del Hogar?

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el Jefe del Hogar (JdH):

- ☐ Yo mismo (Jefe del Hogar) ☐ Hijo menor del jefe del hogar ☐ Cónyuge o pareja del jefe del hogar
☐ Otro: miembro con parentesco ☐ Otro: miembro sin parentesco

Perfil del Cliente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Recopile los 9 números o solo los últimos 4
 Si el cliente no sabe o prefiere no responder,
 ingrese 000-00-0000

Datos Demográficos del Cliente

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo (sexo biológico asignado al nacer – véase el nuevo elemento de datos de HUD 4.21 para más detalles)

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Género

- ☐ Mujer (niña, si es menor) ☐ Culturalmente Específico ☐ No Binario ☐ Cuestionándose
☐ Hombre (niño, si es menor) ☐ Transgénero ☐ Identidad Diferente, Especifique: _____
☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Raza y Etnia (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Indígena Americano, Nativo de Alaska o Indígena ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
☐ Asiático o Asiático-Americano ☐ Blanco
☐ Negro, Afroamericano o Africano ☐ El cliente no sabe
☐ Hispano/Latina/o ☐ El cliente prefiere no responder
☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Datos no recopilados

Detalles Adicionales de Raza y Etnia (Opcional) _____

Información sobre Discapacidad

¿Tiene el cliente una condición incapacitante? (si responde Sí, complete las secciones aplicables a continuación)

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Discapacidad Física

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Discapacidad del Desarrollo

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Trastorno por Uso de Sustancias

☐ No ☐ Trastorno por consumo de alcohol ☐ Trastorno por consumo de drogas

☐ Ambos trastornos (alcohol y drogas) ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder

☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

VIH/SIDA

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Trastorno de Salud Mental

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Condición de Salud Crónica

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

¿Es esta condición a largo plazo?

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Seguro Médico

¿Cubierto por seguro médico? (si responde Sí, marque el/los tipo(s) de seguro)

☐ Sí ☐ No ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no responder ☐ Datos no recopilados

Tipo de Seguro médico

- ☐ Seguro médico provisto por el empleador
- ☐ Seguro médico obtenido a través de COBRA
- ☐ Programa de Servicios de Salud para Indígenas (IHS)
- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid (seleccione esto para Medi-Cal)

Tipo de Seguro médico

- ☐ Plan de salud de pago privado
- ☐ Programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP)
- ☐ Seguro médico estatal para adultos
- ☐ Servicios Médicos de la VA
- ☐ Otro Seguro*

*Especifique: _____

Firmas

Yo, (cliente adulto o Jefe del Hogar) certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera/correcta a mi mejor saber y entender.

Nombre en Letra de Molde del Cliente Firma del Cliente Fecha _____

Nombre en Letra de Molde del Trabajador de Admisión Firma del Trabajador de Admisión Fecha _____