

## Coordinated Access for Adults and Families: Autorización para divulgar información confidencial

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Coordinated Access for Adults and Families** es una red de agencias formada con el objetivo de coordinar la prestación de servicios y proporcionar asistencia con la renta y servicios de apoyo a largo plazo a individuos y familias sin hogar, priorizando a aquellos que han permanecido sin hogar por más tiempo y cuyas necesidades de servicios son mayores. Se puede obtener una lista completa de las agencias asociadas de Coordinated Access for Adults and Families al solicitarla; dicha lista también se publica en línea en [ahomeforeveryone.net/s/CA\\_ROI\\_Partners.pdf](http://ahomeforeveryone.net/s/CA_ROI_Partners.pdf).

Coordinated Access for Adults and Families introducirá la información que usted nos proporciona en un sistema de administración de información de personas sin hogar (Homeless Management Information System [HMIS]), un sistema de registro de récords computarizado y seguro, alojado por un proveedor tercero, llamado ServicePoint. Estamos legalmente obligados a mantener privada la información que lo(la) podría identificar personalmente. Su información no se compartirá electrónicamente con otras agencias sin su permiso.

**Al firmar este formulario, acuerdo** compartir mi récord de cliente (nombre, número de Seguro Social y calidad de veterano), información demográfica (fecha de nacimiento, sexo, raza y etnicidad), información pertinente sobre mi inscripción y egreso del programa Coordinated Access for Adults and Families, información sobre mi tipo de situación y los servicios y remisiones que recibo con agencias asociadas de Coordinated Access for Adults and Families.

### **Información médica especialmente protegida que se puede intercambiar o divulgar:**

- A. Reconozco que la información divulgada puede incluir información sobre tratamiento de salud mental protegida por las leyes estatales (*ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50*), y autorizo específicamente que dicha información sea divulgada. Iniciales: \_\_\_\_\_
- B. Por medio de la autorización anterior, autorizo específicamente que se divulgue información sobre cualquier diagnóstico, tratamiento o remisión respecto a alcohol o drogas. Comprendo que cualquier divulgación se hará conforme a la *Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR)*, la que regula la confidencialidad de los récords de pacientes sobre el abuso de alcohol y drogas. A quien reciba dicha información solo se le permitirá divulgarla con mi autorización por escrito o según sea permitido por la Parte 2 del 4 CFR. Iniciales: \_\_\_\_\_
- C. Autorizo específicamente por medio de esta autorización que se divulgue cualquier información sobre VIH (SIDA). Iniciales: \_\_\_\_\_

Comprendo que esta información podría incluir contenido que de lo contrario sería protegido por las leyes de Oregón. Todas las agencias que participan en Coordinated Access for Adults and Families reconocen que cualquier información compartida entre dichas agencias no será divulgada a partes ajenas sin mi autorización adicional por escrito. Las divulgaciones relevantes que se hacen podrían estar sujetas a la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), la que regula la confidencialidad de los récords de pacientes sobre el abuso de alcohol y drogas, y las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) establecidas en 45 CFR 160 y 164.

**Esta autorización entrará en vigor en la fecha indicada abajo y se vence 12 meses después de la fecha de mi última participación en Coordinated Access for Adults and Families, el plazo de tiempo razonablemente necesario para realizar la divulgación de la información para los fines explicados y mencionados en esta autorización, a menos que yo indique lo contrario.**  Fecha de vencimiento específico: \_\_\_\_\_.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción de acuerdo a la misma. La revocación de esta autorización será válida desde el momento en que Coordinated Access for Adults and Families la reciba por escrito.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que mi negativa a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pagos, ni mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que si me niego a firmar, esto podría afectar mi participación en Coordinated Access, las listas compartidas de priorización y acceso a agencias asociadas. Yo puedo examinar o hacer copias de cualquier información utilizada y/o divulgada de acuerdo a esta autorización. Al firmar abajo, indico que apruebo esta autorización y estoy informado(a) de su significado.

\_\_\_\_\_  
Firma de cliente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo(a)

Al firmar aquí indico mi revocación de esta autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

Fecha: \_\_\_\_\_ ID de cliente ServicePoint:

Esta encuesta tiene como objetivo conocer su situación actual y ayudar a averiguar los recursos a que podría tener derecho a recibir a través del programa Coordinated Access for Adults. Se les hace estas mismas preguntas a todas las personas que nos consultan. Primero le voy a pedir un poco de información general y le haré unas preguntas acerca de dónde se encuentra viviendo en este momento. ¿Le interesa proceder con la encuesta conmigo? **EN CASO AFIRMATIVO, PROCEDA.**

**➡ Nombre del CLIENTE** (Nombre[s], apellido[s], sufijo)

Otro(s) nombre(s)/apellido(s):

<b>➡ Fecha de nacimiento</b>	<b>➡ Calidad del dato de la DOB</b>	<b>➡ Veterano militar de EE. UU.</b>
/ /	<input type="checkbox"/> DOB completa <input type="checkbox"/> DOB desconocida <input type="checkbox"/> DOB aproximada <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ Género</b>	<b>➡ Raza</b> (Marque con ✓ a una o más y encierre la principal con círculo)	<b>➡ Etnicidad</b>
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género expansivo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Trans M a H <input type="checkbox"/> Negativa a contestar <input type="checkbox"/> Trans H to M	<input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano/indígena <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Mediorienta	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

**➡ ¿Cuál es su idioma principal?**

<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Eslovaco	<input type="checkbox"/> Ucranio
<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Kirundi	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Amhárico	<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Eritreo	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Suajili	

<b>➡ ¿Número de personas en el hogar?</b>	<b>➡ De estas, ¿número de personas menores de 18 años?</b>
---	--

**SI NO HAY MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR, PROCEDA. DE LO CONTRARIO, REFIERA A LA PERSONA AL 211 U OTRA AGENCIA DONDE SE REALIZA LA EVALUACIÓN FAMILIAR.**

**➡ Residencia antes de la fecha de ingreso en el programa** (En términos generales, ¿dónde durmió anoche?)

<input type="checkbox"/> *Refugio de emergencia, lo que incluye un hotel pagado con vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal o hogar grupal de crianza temporal <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico) <input type="checkbox"/> Hotel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Cárcel de corto o largo plazo o centro de detención para menores <input type="checkbox"/> Hogar propio del cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Hogar propio del cliente, con subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar <input type="checkbox"/> *Lugar no destinado para habitación (calle, automóvil, campamento, etc.) <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hogar alquilado por cliente, sin subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Hogar alquilado por cliente, con subsidio de vivienda del Departamento de Asuntos de Veteranos (VASH, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Hogar alquilado por cliente, con otro tipo de subsidio de vivienda (no VASH, como la Sección 8, SSVF) <input type="checkbox"/> Safe Haven <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa de un familiar, de forma temporal o permanente <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa de un amigo, de forma temporal o permanente <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento o desintoxicación por abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Otra (Explique): _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
---	---

**➡ Duración de estadía** (¿Cuánto tiempo lleva allí?)

<input type="checkbox"/> Un día o menos	<input type="checkbox"/> De uno a tres meses	<input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Entre dos días y una semana	<input type="checkbox"/> Más de tres meses, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/> Un año o más	

<b>➡ Tiempo prolongado sin hogar</b>	<b>➡ Ocasiones esporádicas sin hogar</b>
Fecha aproximada de comienzo: / /	Independientemente de donde durmió anoche, número de ocasiones en que durmió en la calle o en un centro de refugio durante los últimos tres años
<b>➡ Condición discapacitante</b>	Número total de meses de dormir en la calle/en un centro de refugio durante los últimos tres años
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	

**SI LA PERSONA PADECE UNA CONDICIÓN DISCAPACITANTE Y TIENE MENOS DE 90 DÍAS DURMIENDO EN UN CENTRO DE REFUGIO, VIVIENDA TRANSITORIA, LUGAR NO DESTINADO PARA HABITACIÓN O INTERNADO(A) EN UNA INSTITUCIÓN (HOSPITAL, CÁRCEL, ETC.), Y ESTUVO ANTES EN UNO DE LOS LUGARES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, PROCEDA. DE LO CONTRARIO, PARE.**

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

Ahora le voy a hacer una serie de preguntas relacionadas con su falta de hogar, sus condiciones médicas y su vida diaria. La mayoría de estas preguntas se deben contestar con un sí o un no, o le preguntarán acerca del número de ocasiones en que experimentó ciertas situaciones. Conteste cada pregunta según su mejor saber. Si prefiere no contestar alguna pregunta, la podemos saltar, y usted puede parar la encuesta en cualquier momento. Mi objetivo no es juzgarlo(la), sino obtener una buena idea de los servicios que podría desear o necesitar. Por favor sepa que cualquier información que me comunique se mantendrá confidencial.

**A. HISTORIAL DE VIVIENDA E INDIGENCIA (SIN CASA)**

<b>PREGUNTAS</b>			
<b>Si la persona ha vivido dos o más años acumulados sin casa o indigente y/o 4 o más periodos como indigente, entonces anote 1.</b>	<b>CONTESTA</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
1. ¿Cuál es el tiempo total que usted ha vivido en la calle o en refugios para indigentes?		<input type="checkbox"/>	
2. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha vivido en casa para luego vivir en la calle de nuevo?		<input type="checkbox"/>	
<b>SUBTOTAL DE VIVIENDA E INDIGENCIA PREVIA A LA EVALUACIÓN</b>			

**B. RIESGOS**

Voy a hacerle algunas preguntas sobre sus interacciones con los servicios de salud y de emergencia. Si necesita de ayuda para determinar lo que pasó hace seis meses, sólo dígame.

<b>PREGUNTAS</b>				
<b>Si número total de interacciones en las preguntas 3, 4, 5, 6 y 7 es igual o mayor a 4, entonces anote el 1.</b>	<b>CONTESTA</b>		<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
3. En los pasados seis meses, ¿cuántas veces ha estado en la sala/departamento de emergencias?			<input type="checkbox"/>	
4. En los pasados seis meses, ¿cuántas veces ha tenido roces con la policía?			<input type="checkbox"/>	
5. En los pasados seis meses, ¿cuántas veces le han llevado en una ambulancia al hospital?			<input type="checkbox"/>	
6. En los pasados seis meses, ¿cuántas veces ha utilizado un servicio de emergencia o de crisis, incluyendo centros de angustia o una línea de prevención de suicidios?			<input type="checkbox"/>	
7. En los pasados seis meses, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado u hospitalizada como paciente interno, incluyendo las hospitalizaciones en un hospital de salud mental?			<input type="checkbox"/>	
<b>Si contesta que Sí a las preguntas 8 ó 9, entonces anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
8. ¿Ha sido atacado/a o golpeado/a desde que comenzó a vivir en las calles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Ha sido amenazado/a o ha tratado de lastimarse usted mismo/a o a alguien más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si contesta que Sí a las pregunta 10, entonces anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
10. ¿Se encuentra pasando por algo que tiene que ver con la ley que pudiera resultar en que se le encarcele o que tenga que pagar multas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si contesta que Sí a las preguntas 11 ó 12; ó si la persona dice ALGO MÁS que "Refugio" en la pregunta 13, entonces anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
11. ¿Hay alguien que le fuerza o le engaña para a hacer cosas que no quiere hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Alguna vez hace cosas que pueden considerarse riesgosas como el intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, el tener sexo sin protección con alguien a quien verdaderamente no conoce, compartir una jeringa o algo así?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Voy a leer algunos lugares donde la gente duerme. Por favor dígame dónde duerme más frecuentemente. (Marque sólo uno).	<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> La calle, banqueta o portal o entrada casa <input type="checkbox"/> Carro, vagoneta o vehículo recreativo <input type="checkbox"/> Autobús o transporte subterráneo <input type="checkbox"/> Playa, banco de río o parque <input type="checkbox"/> Other (ESPECIFIQUE): _____			
<b>SUBTOTAL DE RIESGOS DE EVALUACIÓN PREVIA</b>				

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

**C. SOCIALIZACIÓN Y ACTIVIDADES DIARIAS**

<b>PREGUNTAS</b>				
<b>Si contesta que SÍ a la pregunta 14 ó NO a las preguntas 15 ó 16, anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
14. ¿Existe alguien que cree que usted le debe dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Gana dinero o ingresos que le llegan regularmente, prestaciones o beneficios del Gobierno por ejemplo o trabajos donde le pagan por debajo de la mesa, botes de basura o juntando botellas, trabajo sexual, trabajos ocasionales, jornalero, o algo parecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ¿Tiene el suficiente dinero para pagar sus gastos mensuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si dice NO a la pregunta 17, anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
17. ¿Tiene actividades planeadas todos los días más que la simple supervivencia que le traerán felicidad y con las que se sienta satisfecho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si dice que SÍ a la pregunta 18 ó 19, anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
18. ¿Tiene amigos, familiares u otras personas en su vida ya sea por necesidad o conveniencia pero a usted que no le gusta la compañía de ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. ¿Tiene amigos, familiares u otras personas en su vida alguna vez le quitan el dinero, piden cigarros, consumen drogas, se toman su alcohol o le hacen cosas que realmente usted no quiere hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¡SÓLO OBSERVE. NO PREGUNTE! Si dicen que SÍ, anote el 1</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
20. Encuestador/a, ¿detecta señales de poca higiene o cuidado de su vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SUBTOTAL EVALUACIÓN PREVIA DE SOCIALIZACIÓN Y ACTIVIDADES DIARIAS</b>				<input type="text"/>

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

**D. BIENESTAR**

<b>PREGUNTAS</b>				
<b>Si no busca atención médica, anote el 1.</b>	<b>RESPUESTA</b>			<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
21. ¿A dónde va regularmente para recibir atención médica o cuando usted no se siente bien?	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Local de Asuntos de Veteranos <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> No obtiene o recibe cuidado de salud			
<b>Por cada respuesta POSITIVA (SÍ) en las preguntas de la 22 a la 25 (Enfermedades), anote el 1.</b>				
<b>¿Tiene usted actualmente alguna de las enfermedades siguientes, alguna vez la ha tenido o alguna vez un proveedor de salud le dijo que usted ha tenido alguna de las enfermedades siguientes:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Enfermedades o Padecimientos</b>
22. Enfermedad renal/Enfermedad renal en terminal o diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Historial de quemaduras por frío (congelación), hipotermia o pie de inmersión (espasmo carpopedal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Enfermedad hepática, cirrosis, enfermedad hepática terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. VIH positivo/ SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si contesta que SÍ a cualquiera de las enfermedades de la pregunta 26 a la 34, anote con una "X" en la columna Otros Padecimientos.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Otras enfermedades o padecimientos</b>
26. Historial de insolación/hipertermia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Enfermedad cardíaca, arritmia o latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SÓLO OBSERVE – NO PREGUNTE:</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
34. Encuestador/a, ¿observa usted señales o síntomas de condiciones o padecimientos serios de salud?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>Si su respuesta es SÍ en las pregunta de la 35 a la 41, anote 1 en la columna de Consumo de Drogas.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Consumo de Drogas</b>
35. ¿Ha tenido alguna vez un consumo problemático de drogas o alcohol, drogadicción o alcoholismo o se le ha dicho lo anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. ¿Ha consumido alcohol y/o otras drogas casi todos los días durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. ¿Se ha inyectado drogas durante los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38. ¿Ha sido tratado/a por problemas de drogas o alcohol y ha vuelto a tomar y a consumir drogas de nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39. ¿Alguna vez ha tomado productos con alcohol como jarabe para la tos, enjuague bucal, alcohol etílico o desinfectante, vino de cocina o cosas como esas durante los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. ¿Se ha desmayado debido alcohol o drogas durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SÓLO OBSERVE – NO PREGUNTE:</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
41. Encuestador/a, ¿ve señales o síntomas de drogadicción o alcoholismo?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

**D. WELLNESS (CONTINUED)**

<b>Si la respuesta es SÍ en las preguntas de la 42 a la 48, anote el 1 en la columna de Salud Mental.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>SALUD MENTAL</b>
42. ¿Alguna vez se le ha llevado a un hospital en contra de su voluntad por razones de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. ¿Alguna vez ha ido a la sala de emergencia debido a que no se sentía 100% bien emocionalmente o debido a su estado nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. ¿Ha hablado con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de la salud mental durante los últimos seis meses debido a su estado de salud mental – ya sea de manera voluntaria o porque alguien insistió que lo hiciera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. ¿Ha tenido una lesión cerebral grave o un trauma cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una discapacidad del aprendizaje o de desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. ¿Tiene problemas para concentrarse y/o para recordar las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SÓLO OBSERVE – NO PREGUNTE:</b>	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>	
48. Encuestador/a, ¿ve señales o síntomas de enfermedades mentales graves, persistentes o se ve severamente afectado el funcionamiento cognitivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si la anotación en el Consumo de Drogas es 1 y la anotación en Salud Mental es 1 y la anotación en la Enfermedad es por lo menos 1 ó una X, entonces la anotación es 1, un punto adicional por morbilidad triple.</b>				<b>MORBILIDAD TRIPLE</b>
<b>Si contesta que SÍ a la pregunta 49, anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
49. ¿Ha vendido, robado, extraviado (o que las prescripciones nunca se adquirieron) cualquier medicamento prescrito por un médico y que usted no lo toma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si contestó que SÍ a la pregunta 50, anote el 1.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>	<b>Puntuación previa a la evaluación</b>
50. ¿Ha experimentado abuso emocional, físico, psicológico, sexual o de otro tipo o trauma en su vida por el cual no ha buscado ayuda y/o que ha causado su estado de indigencia o abandono? — Sí o No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SUBTOTAL DE BIENESTAR EN EVALUACIÓN PREVIA</b>				

**RESUMEN DE ANOTACIONES**

<b>DOMINIO</b>	<b>SUBTOTAL</b>
A. HISTORIA DE VIVIENDA E INDIGENCIA (SIN CASA)	
B. RIESGOS	
C. SOCIALIZACIÓN Y ACTIVIDADES DIARIAS	
D. BIENESTAR	
<b>TOTAL EN EVALUACIÓN PREVIA</b>	

- Si el Total de la Evaluación Previa es igual o mayor de 10, se recomienda a la persona obtener **Vivienda Permanente y de Apoyo/Evaluación Primaria de Vivienda.**
- Si el Total de Evaluación Previa es 5, 6, 7, 8 ó 9, se recomienda a la persona una **Evaluación Rápida de Vivienda.**
- Si el Total de la Evaluación Previa es 0, 1, 2, 3 ó 4, se recomienda a la persona, por lo pronto, una **Evaluación de Apoyo y Vivienda.**

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

**PREGUNTAS ADICIONALES PARA LA EVALUACIÓN LOCAL**

<b>➡ ¿Usted cree que lo(la) ayudaría contar con servicios culturalmente específicos para superar sus dificultades de vivienda?</b>	<b>➡ ¿Usted o algún miembro de su familia inmediata alguna vez enfrentó discriminación racial relacionada con la vivienda?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿Está embarazada?</b>	<b>➡ ¿Padece alguna discapacidad que le dificulte la movilidad? (Por ejemplo, silla de ruedas, amputación, no puede subir escaleras, etc.)</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

**PUNTOS ADICIONALES Y PUNTUACIÓN FINAL**

<b>➡ Repasar la edad, movilidad y estado de embarazo</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Si tiene 50 años o más, está embarazada y/o padece una discapacidad física que dificulta la movilidad, indique el uno (1).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>➡ Repasar el género del cliente</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Si se autoidentifica como "transgénero, de hombre a mujer", "transgénero, de mujer a hombre", o "no se identifica como hombre, mujer ni transgénero", indique el uno (1).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>➡ Repasar si el cliente cree que lo(la) ayudaría a superar sus dificultades si contara con servicios culturalmente específicos</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Si con servicios culturalmente específicos se podría ayudarlo(la) a superar sus dificultades de vivienda, indique el dos (2).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2

<b>PUNTUACIÓN DE VULNERABILIDAD TOTAL</b>	
<b>Indique el total de la preevaluación VI-SPDAT (0 – 19)</b>	
<b>Indique el total de puntos adicionales (0 – 4)</b>	
<b>Sume los dos totales anteriores para calcular la puntuación de vulnerabilidad total</b>	

**SI LA PUNTUACIÓN DE VULNERABILIDAD TOTAL ES DE 10 O MÁS, PROCEDA. DE LO CONTRARIO, PARE.**

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

Ya casi terminamos! Ahora le voy a hacer algunas preguntas para tener una mejor idea de si califica para programas específicos y cuáles servicios podría necesitar o desear. Sus respuestas no afectarán su derecho general a recibir los recursos a través de Coordinated Access for Adults.

<b>➡ ¿Está conectado(a) con Cascade AIDS Project, Cascadia Behavioral Healthcare, Central City Concern, Human Solutions, JOIN, Luke-Dorf, Native American Rehabilitation Association, Northwest Pilot Project, Outside In, Salvation Army, Self Enhancement, Inc., Urban League of Portland, Transition Projects y/o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?</b>	<b>➡ En caso afirmativo, ¿cuál(es) programa(s)?</b>														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CAP</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> NWPP</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cascadia</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> OI</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> CCC</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> TPI</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> HSI</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> JOIN</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> SEI</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Luke-Dorf</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ULP</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> NARA</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> VA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> NWPP	<input type="checkbox"/> Cascadia	<input type="checkbox"/> OI	<input type="checkbox"/> CCC	<input type="checkbox"/> TPI	<input type="checkbox"/> HSI	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> JOIN	<input type="checkbox"/> SEI	<input type="checkbox"/> Luke-Dorf	<input type="checkbox"/> ULP	<input type="checkbox"/> NARA	<input type="checkbox"/> VA
<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> NWPP														
<input type="checkbox"/> Cascadia	<input type="checkbox"/> OI														
<input type="checkbox"/> CCC	<input type="checkbox"/> TPI														
<input type="checkbox"/> HSI	<input type="checkbox"/> SA														
<input type="checkbox"/> JOIN	<input type="checkbox"/> SEI														
<input type="checkbox"/> Luke-Dorf	<input type="checkbox"/> ULP														
<input type="checkbox"/> NARA	<input type="checkbox"/> VA														

<b>➡ ¿Le interesa recibir servicios culturalmente específicos orientados a afroamericanos?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿Le interesa recibir servicios culturalmente específicos orientados a nativos americanos y nativos de Alaska?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿En qué prefiere que se enfoque la atención de su vivienda?</b>
<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Tratamiento contra drogas y alcohol <input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Servicios familiares <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

<b>➡ ¿Alguna vez lo(la) diagnosticaron con una condición de salud mental?</b>	<b>➡ ¿Quiere que se vinculen servicios de salud mental a su vivienda?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted, si es que tiene alguno?</b>
<input type="checkbox"/> Medicaid (Plan de Salud de Oregón) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<input type="checkbox"/> Asistencia médica para veteranos (VA Medical) <input type="checkbox"/> Ningún seguro médico

<b>➡ ¿Alguien en su hogar fue diagnosticado(a) alguna vez con una discapacidad del desarrollo, o cree poder padecer una?</b>	<b>➡ ¿Alguien en su hogar salió positivo para el VIH?</b>
<i>En caso afirmativo, dicha persona podría calificar para obtener vivienda y otros servicios a través de la División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo del Condado de Multnomah. Número para la remisión: (503) 988-6258</i>	<i>En caso afirmativo, dicha persona podría calificar para un programa de vivienda y gestión de casos específicamente enfocado en el VIH a través del Cascade AIDS Project (CAP). Número para la remisión: (503) 223-5907</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿Se encuentra en alguna de las siguientes situaciones?</b>
<input type="checkbox"/> Deuda por alquiler <input type="checkbox"/> Desalojo durante los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Deuda con Home Forward u otra autoridad de vivienda <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➡ ¿Requiere alguna adaptación relativa a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
En caso afirmativo, especifique:



**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA AYUDAR A DETERMINAR LA PRIORIZACIÓN DE ASISTENCIA (VI-SPDAT, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)  
PREEVALUACIÓN PARA ADULTOS SIN HIJOS MENORES**

<b>➡ ¿Cómo prefiere ser contactado? (De qué manera, cuándo, dónde, etc.)</b>		
<input type="checkbox"/> Número telefónico principal:	(       )       —	<input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico: _____
<input type="checkbox"/> ¿Es seguro dejarle un mensaje de teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro(s) contacto(s):
<input type="checkbox"/> ¿Está bien enviarle mensajes de texto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta conmigo. Lo(la) apuntarán en una lista para obtener vivienda a través de Coordinated Access for Adults. Lamentablemente, no sabemos decirle cuánto tiempo durará en llegar a ocupar el primer puesto en la lista, y tampoco podemos garantizarle los servicios ofrecidos a través de este programa. Estaremos en contacto con usted por medio de los datos de contacto que nos proporcionó cuando a usted le toque, si le toca. Mientras tanto, por favor comuníquese con nosotros si hay algún cambio en su situación o en la forma de contactarlo(la).

<b>* Nombre y organización del evaluador</b>
<b>* Número de teléfono y/o dirección de correo electrónico del evaluador</b>
<b>* Notas del evaluador: ¿Conoce información adicional sobre la situación de esta persona que usted cree que debemos tomar en cuenta durante el proceso de priorización o asignación?</b>