

Nombre del cliente _____
N.º de HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en la que se llenó el formulario _____

Formulario Estándar de Ingreso del Condado de Santa Cruz - Perfil del Cliente

El proveedor de servicios debe llenar este formulario a medida que entrevista al cliente. **Se debe completar un perfil de ingreso del cliente por separado por cada miembro del hogar, incluidos los niños.**

<p>1) Relación o parentesco con el/la jefe/jefa de familia (HUD)</p> <p><i>Las personas solteras también son jefes de familia (HoH). En hogares de varias personas, una persona debe ser designada como jefe/a de familia.</i></p>	<input type="checkbox"/> Cliente (jefe/a de familia) <input type="checkbox"/> Niño del jefe/a de familia <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe/a de familia <input type="checkbox"/> Miembro consanguíneo de la unidad familiar <input type="checkbox"/> Miembro no consanguíneo de la unidad familiar									
<p>1a) Relación con el/la jefe/a de familia - Detalles adicionales</p>	<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Esposo/esposa <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hermana/hermano <input type="checkbox"/> Compañero de habitación <input type="checkbox"/> Nieto/nieta	<input type="checkbox"/> Tía/tío <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hijastra/hijastro								
<p>2) Nombre del cliente</p> <p>Calidad del nombre</p>	<table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Segundo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Alias (si tiene varios, separados por comas)</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Nombre parcial o apodo </td> <td> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </td> </tr> </table>		Nombre	Segundo	Apellido		Alias (si tiene varios, separados por comas)		<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Nombre parcial o apodo	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Nombre	Segundo									
Apellido										
Alias (si tiene varios, separados por comas)										
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Nombre parcial o apodo	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder									

<p>3) Número de Seguro Social (SSN)</p> <p style="color: red;">Compruebe que este SSN es el mismo que el de HMIS.</p> <p>Calidad del Número de Seguro Social</p>	<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> SSN completo reportado <input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>4) Fecha de nacimiento</p> <p>Calidad de la fecha de nacimiento</p>	<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-bottom: 5px;"> Mes Día Año </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento completa notificada <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no la sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>5) Género</p> <p><i>¿Cuál de estos géneros describe mejor cómo se identifica el cliente?</i></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Un género que no es singularmente femenino ni masculino (por ejemplo, no binario, género fluido, sin género, género culturalmente específico) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> En duda/Sin determinar <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>6) Raza (obligatorio)</p> <p><i>¿Cuál de estas razas describe mejor cómo se identifica el cliente? Marque todas las opciones que correspondan</i></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Americano nativo, nativo de Alaska, indígena <input type="checkbox"/> Asiático o asiático estadounidense <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o Isleño del Pacífico </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>
<p>7) Origen étnico (obligatorio)</p> <p><i>¿Cuál de estos orígenes étnicos describe mejor cómo se identifica el cliente?</i></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> No hispano/no latino/a/x <input type="checkbox"/> Hispano/latino/a/x </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder </div> </div>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

<p>8) Estado de veterano</p> <p><i>¿Es el cliente un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?</i> <i>¿Estuvo alguna vez en el servicio activo del militar?</i></p> <p>Si la respuesta es "no", vaya a la sección "Inscripción del cliente".</p> <p>Si la respuesta es "sí", RESPONDA a las preguntas 9 a 11.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>
<p>9) Año en que ingresó en el servicio militar</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año</p>
<p>10) Año en que se dio de baja del servicio militar</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año</p>
<p>11) Teatro de operaciones en el que prestó servicio:</p> <p>Segunda Guerra Mundial</p> <p>Guerra de Corea</p> <p>Guerra de Vietnam</p>	<p><i>¿En qué teatro o salas de operaciones estuvo activo el cliente?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe</p> <p><input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder</p>

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Guerra del Golfo Pérsico (Tormenta del Desierto)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Afganistán (Operación Libertad Duradera)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Irak (Operación Libertad Iraquí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Irak (Operación Nuevo Amanecer)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Otras operaciones Otras operaciones para el mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia y Kosovo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Rama de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Armada <input type="checkbox"/> Cuerpo de Infantería	<input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder
Categoría de baja del servicio militar	<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> Baja general bajo condiciones honorables <input type="checkbox"/> Bajo otras condiciones honorables (OTH) <input type="checkbox"/> Mala conducta	<input type="checkbox"/> Baja deshonrosa/o <input type="checkbox"/> Sin caracterizar <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____