

**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.**

<b>➔ Nombre del CLIENTE</b> (Nombre[s], apellido[s], sufijo)		
Otro(s) nombre(s)/apellido(s):		
<b>➔ Fecha de nacimiento (DOB, por sus siglas en inglés)</b>	<b>➔ Calidad del dato de la DOB</b>	<b>➔ ¿Alguna vez prestó servicio en el Ejército de los 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"/> No sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
<b>➔ Género</b> (✓ uno o más)	<b>➔ Raza</b> (Marque con ✓ a una o más y encierre la principal con <b>círculo</b> )	<b>➔ Etnicidad</b>
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Un género no solo femenino o masculino (por ejemplo, no binario, agénero) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cuestionado <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro, africano o afroamericano <input type="checkbox"/> Mediorienta <input type="checkbox"/> Nativo del Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena-americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Esloveno	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<b>➔ ¿Cuál es su idioma principal?</b>		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Albanés <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Amhárico <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Eritreo	<input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Mien <input type="checkbox"/> Eslovaco <input type="checkbox"/> Ucranio <input type="checkbox"/> Kirundí <input type="checkbox"/> Rumano <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Suajili
<b>➔ ¿Alguien en el hogar está embarazada?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	
<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, COMPLETE LA EVALUACIÓN PARA FAMILIAS. SI TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR SON MENORES DE 25 AÑOS, REFIERA AL SISTEMA JUVENIL.**  
 \*Las mujeres adultas embarazadas con otros niños en el hogar y los adultos con un plan establecido para obtener la custodia de niños (pero que actualmente no tienen niños en el hogar), pueden completar tanto la evaluación para familias como para adultos.

<b>➔ Residencia antes de la fecha de ingreso en el programa</b> (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: _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<b>➔ Duración de estadía</b> (¿Cuánto tiempo lleva allí?)		
<input type="checkbox"/> Un día o menos <input type="checkbox"/> Entre dos días y una semana <input type="checkbox"/> Más de una semana, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/> De uno a tres meses <input type="checkbox"/> Más de tres meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar

<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"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Negativa a contestar	

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

**SI LA PERSONA SE ALBERGA EN UN REFUGIO, VIVIENDA TRANSITORIA, LUGAR NO DESTINADO PARA HABITACIÓN O HA ESTADO INTERNADA EN UNA INSTITUCIÓN (HOSPITAL, CÁRCEL, ETC.) POR MENOS DE 90 DÍAS & ESTUVO ANTERIORMENTE EN ALGUNO DE LOS LUGARES YA 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(a), 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)**

PREGUNTAS			
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.	CONTESTA	SE NIEGA A CONTESTAR	Puntuación previa a la evaluación
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>			

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. RIESGOS**

PREGUNTAS				
Si número total de interacciones en las preguntas 3, 4, 5, 6 y 7 es igual o mayor a 4, entonces anote el 1.	CONTESTA		SE NIEGA A CONTESTAR	Puntuación previa a la evaluación
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"/>	
Si contesta que Sí a las preguntas 8 ó 9, entonces anote el 1.	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Puntuación previa a la evaluación
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"/>	
Si contesta que Sí a las pregunta 10, entonces anote el 1.	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Puntuación previa a la evaluación
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"/>	
Si contesta que Sí a las preguntas 11 ó 12; o si la persona dice ALGO MÁS que "Refugio" en la pregunta 13, entonces anote el 1.	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Puntuación previa a la evaluación
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>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"/>		
<b>SUBTOTAL EVALUACIÓN PREVIA DE SOCIALIZACIÓN Y ACTIVIDADES DIARIAS</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**

**D. BIENESTAR**

PREGUNTAS				
Si no busca atención médica, anote el 1.	RESPUESTA			Puntuación previa a la evaluación
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>	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Enfermedades o Padecimientos
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>	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Otras enfermedades o padecimientos
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>	SÍ	NO		
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>	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR	Consumo de Drogas
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>	SÍ		NO	
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**

<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>	

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>➡ ¿Está cuidando a un padre u otro adulto mayor en su hogar?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Me niego a contestar

➡ ¿Está en peligro inmediato?	➡ ¿Alguien lo está lastimando?	➡ Relación con el abusador o la abusadora	➡ ¿Tiene algún lugar a donde ir esta noche para estar a salvo de esta persona?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Cónyuge actual <input type="checkbox"/> Excónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente actual <input type="checkbox"/> Exconviviente <input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja  <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar

<b>➡ ¿Cree que servicios culturalmente específicos podrían ayudarlo a superar sus desafíos de vivienda?</b>	<b>➡ ¿Alguna vez usted o un familiar directo ha experimentado discriminación racial en la vivienda?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<b>➡ ¿Tiene una discapacidad permanente que limita su movilidad? (es decir, silla de ruedas, amputación, incapaz de subir escaleras, etc.)</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	

➡ REVISE LA SITUACIÓN INTERGENERACIONAL	PUNTUACIÓN
Si cuida a un adulto mayor o a un padre o madre en el hogar, ingrese uno (1).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
➡ REVISE LA RELACIÓN CON EL/LA ABUSADOR(A)	PUNTUACIÓN
Si identifica la relación de abuso con cuestiones de violencia doméstica, ingrese uno (1).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
➡ Repasar la edad, movilidad y estado de embarazo	PUNTUACIÓN
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
➡ Repasar el género del cliente	PUNTUACIÓN
Si se identifica a sí mismo como "transgénero", "género cuestionado", o "género que no es particularmente femenino ni masculino", indique el uno (1).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
➡ Repasar si el cliente cree que lo(la) ayudaría a superar sus dificultades si contara con servicios culturalmente específicos	PUNTUACIÓN
Si con servicios culturalmente específicos se podría ayudarlo(a) a superar sus dificultades de vivienda, indique el dos (2).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2

PUNTUACIÓN DE VULNERABILIDAD TOTAL	
Indique el total de la preevaluación VI-SPDAT (0 –19)	
Indique el total de puntos adicionales (0-6)	
<b>Sume los dos totales anteriores para calcular la puntuación de vulnerabilidad total (0-25)</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**

¡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.

Ingresos mensuales del hogar	\$					
Fuente de ingresos	Sí	No	No percibida	Incompleta	Cantidad	
Pensión alimenticia u otra manutención conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Ingresos procedentes del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Asistencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Jubilación o ingresos por retiro de otro puesto de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Seguro privado por discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Ingresos por jubilación de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Beneficios por discapacidad de la Seguridad Social (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Pensión para excombatientes por una discapacidad no vinculada con el servicio militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Pensión para excombatientes por una discapacidad vinculada con el servicio militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Indemnización por accidente laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

<b>☞ ¿Le interesa recibir servicios culturalmente específicos orientados a afroamericanos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <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"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<b>☞ ¿Estaría interesado en servicios culturalmente específicos para inmigrantes y refugiados?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	<b>☞ ¿Estaría interesado en servicios culturalmente específicos para hispanos/latinos/latinas/latines?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a contestar

<b>☞ ¿Alguna vez vivió usted o alguno de sus antepasados (incluidos sus padres, tutores o abuelos) en el Norte o Noreste de Portland?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<b>☞ Si la respuesta es sí, ¿alguna vez solicitó una vivienda asequible a través de la Política de preferencia de la ciudad?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Negativa a contestar
<p><i>Si respondió que sí vivió en el Norte o Noreste de Portland y no ha solicitado la Política de preferencia de N/NE de la ciudad, comuníquese con la línea telefónica de preferencia de N/NE al (503) 823-4147. Solicitar la preferencia de N/NE no afectará la prioridad de una vivienda para los recursos de acceso coordinados. La política es una herramienta que se usa para clasificar la lista de espera de oportunidades de vivienda patrocinadas de la ciudad en N/NE Portland.</i></p>			

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



**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**

➡ ¿Alguna vez lo(la) diagnosticaron con una condición de salud mental?		➡ ¿Quiere que se vinculen servicios de salud mental a su vivienda?	
<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

  

➡ ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted, si es que tiene alguno?		
<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	

**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>➔ ¿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"/> 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>➔ ¿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>➔ ¿Con qué otras agencias o proveedores está trabajando (por ejemplo, la NARA, un trabajador social en el campo de la medicina, etc.)?</b>	
<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:	
<b>➔ ¿El cliente desea refugio?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	

## CENTRO DE REHABILITACIÓN

Unos cuantos programas de vivienda en nuestra comunidad se enfocan en la recuperación, lo cual significa que están libres de alcohol y drogas y apoyan a las personas en su recuperación. Voy a hacerle unas cuantas preguntas relacionadas con esto. Si estas preguntas no son relevantes, podemos brincar a la siguiente sección.

<b>➔ Si alguna respuesta es NO en las preguntas 1 al 3, PARE y proceda a "Información de contacto". Si alguna respuesta es SÍ, continúe.</b>	SÍ	NO	SE DESCONOCE	NEGATIVA A CONTESTAR
1. ¿Tiene un historial de abuso de drogas y alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se encuentra en recuperación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si se tiene disponible, ¿estaría interesado en vivir completamente limpio y sobrio en una vivienda que apoya su recuperación con el apoyo de compañeros y un manejo de su caso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Participa actualmente o ha completado servicios de desintoxicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Fecha pasada o anticipada de terminación (la mejor estimación).      Fecha:    /    /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se encuentra estabilizado con medicamentos para un trastorno de abuso de sustancias (por ejemplo: metadona, buprenorfina, naltrexona, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuál fue la fecha de la última vez que usó drogas o alcohol?      Fecha:    /    /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está actualmente inscrito o ha completado un tratamiento para abuso de sustancias distinto a una desintoxicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si responde sí, ¿con qué agencia?      Agencia: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fecha pasada o anticipada de terminación (la mejor estimación).      Fecha:    /    /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si se tiene disponible, ¿estaría interesado en una vivienda de recuperación que se enfoca en servicios de empleo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

### CONDICIÓN DE VETERANO

Haga estas preguntas solo si la respuesta a “¿alguna vez prestó servicio en el Ejército de los EE. UU.?” es “sí”.

<b>➔ Año en que ingresó al servicio militar</b> _____ / _____ / _____		<b>➔ Año en que se apartó del servicio militar</b> _____ / _____ / _____	
<b>➔ Guerras/Conflictos</b> <input type="checkbox"/> Segunda Guerra Mundial <input type="checkbox"/> Guerra de Corea <input type="checkbox"/> Guerra de Vietnam <input type="checkbox"/> Guerra del Golfo Pérsico <input type="checkbox"/> Afganistán <input type="checkbox"/> Liberación de Irak <input type="checkbox"/> Nuevo Amanecer de Irak <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder <input type="checkbox"/> Información no recolectada			
<b>➔ ¿Otras operaciones o intervenciones militares para mantener la paz?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder <input type="checkbox"/> Información no recolectada			
<b>➔ Rama militar</b> <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Armada <input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder <input type="checkbox"/> Información no recolectada			
<b>➔ Condición de la baja</b> <input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General en condiciones honorables <input type="checkbox"/> En condiciones distintas a las honorables (OTH) <input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Dishonrosa <input type="checkbox"/> Sin caracterizar <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente se negó a responder <input type="checkbox"/> Información no recolectada			
<b>➔ ¿Alguna vez lo llamaron al servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o como reservista?</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó a responder	
<b>➔ ¿Está recibiendo algún tipo de beneficio a través del Departamento de Asuntos de Veteranos?</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

<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: _____
¿Es seguro dejarle un mensaje de teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro(s) contacto(s):
¿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).

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

**INFORMACIÓN DEL EVALUADOR**

<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>	