

## ADMINISTRACIÓN

Nombre:	Apellido:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la encuesta - Refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VISPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## PRINCIPALES PUNTOS A TRATAR

Cubra los siguientes puntos cada vez que comience a explicar sobre el VI-SPDAT:

- El propósito de hacer el triage
- El tiempo aproximado que tomará
- Cómo contestar las preguntas (sí, no o respuestas simples de una palabra)
- En caso de no entender una pregunta comunicarle que se le puede explicar de nuevo
- Comunicarle que puede saltar o abstenerse de responder cualquier pregunta
- Dónde se almacenará la información
- La importancia de ser honesto en las respuestas, siempre y cuando se sienta cómodo siéndolo
- Que ciertas respuestas proporcionadas pueden requerir verificación adicional mediante otros recursos (por ejemplo, para ver si cumplen con la definición de desamparo crónico)
- Consentimiento para participar en el proceso

### Renuncia de responsabilidad:

OrgCode Consulting, Inc. (OrgCode) no puede controlar la manera en la cual serán usados, aplicados o integrados los productos de VI-SPDAT y SPDAT, por parte de las comunidades, agencias y personal de primera línea. OrgCode no asume responsabilidad legal o de alguna otra manera, por las decisiones que se tomen o los servicios que se reciben junto con las herramientas.



## SECCIÓN 1: NECESIDADES ACTUALES

1. La mayoría de los días usted puede:

- |   |                            |                            |  |
|---|----------------------------|----------------------------|--|
| a. Conseguir un lugar seguro para dormir                                | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR [no respondió] |
| b. Acceder a un baño cuando lo necesita                                 | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| c. Acceder a una ducha cuando la necesita                               | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| d. Conseguir comida   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita    | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| g. Guardar sus cosas de forma segura                                    | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |

Colocar puntuación 1 de responder NO a 1 a, b, c, d, e, f o g.

## SECCIÓN 2: HISTORIAL DE VIVIENDA Y DETERMINACIÓN DE DESAMPARO CRÓNICO

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que vivió en una vivienda estable y permanente? (¿la respuesta es en días, meses o años?)

\_\_\_\_\_

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar?

\_\_\_\_\_

4. SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 3 ES 4 O MÁS:

Pensando en los últimos tres años y en los momentos que estuvo sin hogar, Si suma todos los meses en los que estuvo sin hogar, ¿cuánto tiempo experimentó desamparo?

\_\_\_\_\_ meses

5. ¿Tiene alguna condición incapacitante diagnosticada y documentada?

S  N  NR

Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Si la persona:
  - experimentó 1 o más años consecutivos de desamparo o
  - 4 o más episodios de desamparo y la duración total de desamparo es de más de 12 meses
  - Y respondió Sí a la pregunta 5.

6. ¿Alguna vez fue dueño de una casa o tuvo un alquiler de apartamento a su nombre?  S  N  NR

7. ¿Fue alguna vez desalojado de una vivienda?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si respondió NO a la pregunta 6 y/o Sí a la pregunta 7.



### SECCIÓN 3: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA

8. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted:

- a. Ha ido a la sala/departamento de emergencias \_\_\_\_\_
- b. Se lo han llevado en ambulancia \_\_\_\_\_
- c. Ha sido hospitalizado \_\_\_\_\_
- d. Utilizó un servicio o línea de ayuda para casos de crisis, como la prevención del suicidio o por violencia doméstica (de pareja o familia) \_\_\_\_\_
- e. Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen, fue el presunto autor de un crimen o porque le pidieron que se moviera de lugar por estar merodeando, durmiendo en un lugar público u otra situación similar \_\_\_\_\_
- f. Permaneció una o más noches en la cárcel o celda de detención \_\_\_\_\_

*Si el número total de interacciones equivale a 4 o más, colocar puntuación 1.*

9. Desde que ha estado sin hogar:

- a. Ha sido agredido  S  N  NR
- b. Ha amenazado con agredir a otra persona  S  N  NR
- c. Ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros  S  N  NR
- d. Alguien lo ha amenazado con violencia o le ha hecho sentir inseguro  S  N  NR
- e. Alguien ha intentado controlarlo utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o padre  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 9, colocar puntuación 1.*

10. Tiene en este momento alguna situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:

- a. Que sea detenido  S  N  NR
- b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear  S  N  NR
- c. Que afecte su posibilidad de encontrar vivienda  S  N  NR
- d. Que afecte dónde puede vivir en su vivienda  S  N  NR

11. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable de un delito que pueda significar un obstáculo para acceder o mantener una vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 10 y/o SÍ a la pregunta 11, colocar puntuación 1.*



12. ¿Alguien lo engaña, manipula u obliga a que haga cosas en contra de su voluntad?  S  N  NR

13. ¿Dónde duerme con mayor frecuencia? (*seleccione una respuesta*)

- Refugios  Vivienda de transición  Lugar seguro  Couch Surfing (de casa en casa)
- Al aire libre  Carro  Otro \_\_\_\_\_

14. ¿Alguna vez realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, dormir a la intemperie, tener sexo por dinero o cosas similares?  S  N  NR

**Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:**

- Sí a la pregunta 12,
- Sí la persona se queda en otro lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 13,
- Sí a la pregunta 14.

15. ¿Hay alguien que cree que usted le debe dinero, como un familiar, amigo, arrendador pasado, negocio, corredor de apuestas, traficante, banco, compañía de tarjeta de crédito, compañía de servicios o persona similar?  S  N  NR

16. ¿Obtiene dinero por parte del gobierno, por un trabajo, por trabajar “debajo de la mesa”, trabajo ocasional, herencia, pensión o algo similar?  S  N  NR

17. ¿Realiza apuestas con dinero que no puede permitirse perder o tiene deudas asociadas con apuestas?  S  N  NR

**Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:**

- Sí a la pregunta 15,
- NO a la pregunta 16,
- Sí a la pregunta 17.

18. ¿Tiene actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que le satisfagan y den felicidad?  S  N  NR

**Si respondió NO a la pregunta 18, colocar puntuación 1.**

19. ¿Tiene usted una serie de pertenencias que le obstaculizan la posibilidad de acceder a servicios o vivienda?  S  N  NR

**Si respondió SÍ a la pregunta 19, colocar puntuación 1.**

20. Considera usted que su situación actual de desamparo fue ocasionada por:

- a. Una relación que fracasó  S  N  NR
- b. Una relación enfermiza o abusiva  S  N  NR
- c. Su familia o amigos provocaron que usted perdiera su vivienda  S  N  NR

21. ¿Cuenta la mayoría de sus familiares y amigos con una vivienda estable?  S  N  NR

**Si respondió SÍ a cualquiera de las opciones de la pregunta 20 y/o NO a la pregunta 21, colocar puntuación 1.**



22. ¿Es usted mayor de 60 años?  S  N  NR

23. ¿Tiene usted problemas de salud físicos o mentales u otra discapacidad por la que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda?  S  N  NR

24. ¿Está embarazada?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 22 y/o SÍ a la pregunta 23 y/o SÍ a la pregunta 24, colocar puntuación 1.*

25. Utiliza drogas o alcohol de forma tal que:
- a. Impacte su vida de una manera negativa la mayoría del tiempo  S  N  NR
  - b. Le dificulte acceder a una vivienda  S  N  NR
  - c. Requiera asistencia para mantener una vivienda  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 25, colocar puntuación 1.*

26. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:
- a. Un doctor le indicó que debe tomar pero no está tomando  S  N  NR
  - b. Usted vende en vez de tomar  S  N  NR
  - c. Usted utiliza de otra manera que no sea la indicada  S  N  NR
  - d. Usted encuentra imposible de tomar, olvida tomar o decide no tomar  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 26, colocar puntuación 1.*

27. ¿Ha sido su desamparo causado por un trauma o abuso reciente o pasado?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 27, colocar puntuación 1.*

**PUNTUACIÓN TOTAL**



ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS A TOMAR
0-3	Evaluar para los servicios de apoyo menos intensivos.
4-7	Evaluar para los servicios de apoyo moderado y limitado.
Más de 8	Evaluar para los servicios de apoyo de alta intensidad por un período de tiempo más largo y, tal vez, incluso permanente.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

En un día normal, ¿cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?

---



---



---

Si no pudimos contactarle de esa forma, ¿cuál sería la siguiente manera para ponerse en contacto con usted?

---



---



---

