

San Bernardino City and County Continuum of Care (CoC)

Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir Sobre las Prioridades de Servicio (VI-SPDAT)

Sistema de Gestión de Información sobre Personas Desamparadas (HMIS)
Consentimiento del Cliente y Divulgación de Información

Familias



Consentimiento del cliente y divulgación de información

I. Lo que necesita saber antes de firmar

El SBCHP CoC HMIS es una base de datos con acceso a la usada para almacenar información sobre clientes que utilizan los servicios de vivienda y desamparo en el Condado de San Bernardino.

_____ reunirá y mantendrá datos para: (a) proveer gestión de casos individuales; (b) producir informes acerca de la utilización de los servicios; (c) seguimiento individual de los resultados de cada programa; (d) proporcionar rendición de cuentas para personas y entidades que aportan fondos para su uso en la serie continua de cuidado del Condado de San Bernardino; (e) identificar las necesidades de servicio sin abastecer y el plan de provisión de los nuevos servicios; (f) asigne recursos entre agencias involucradas en la provisión de servicios en y alrededor del condado de San Bernardino; y (g) Puede utilizarse para otros fines que se consideren apropiadas por SBCHP CoC HMIS. Por lo general, una agencia no puede divulgar ninguna información contenida dentro de este sistema, la cual podría identificar a un cliente, a menos que:

1. El cliente preste su consentimiento por escrito;
2. La divulgación sea permitida por una orden judicial; o
3. La divulgación es hecha al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para auditoría de investigación o evaluación del programa.

Por ley, debemos proteger la privacidad de su información, informarle sobre sus derechos y contarle cómo mantenemos su información privada.

Abuso y Descuido de Niños: Por ley, se requiere que relatemos una situación que amenaza la vida a usted u otros y/o una sospecha de maltrato o descuido de niños.

Las agencias que han sido concedidas el acceso a SBCHP CoC HMIS han consentido en cumplir con todas las leyes, políticas SBCHP CoC HMIS y procedimientos que pertenecen a confidencialidad del cliente y conducta del usuario. Asimismo, todas las agencias conservarán un formulario de Consentimiento del cliente/Divulgación de información para todos los clientes individuales que se comparta con agencias sin custodia cuando la política interna de la agencia permita compartir los datos.

II. ¿Qué información se comparte sobre usted?

- Basado en las normas de la Agencia de datos compartidos, la Información Básica de Admisión del Cliente se compartirá con las agencias que participen en el SBCHP CoC HMIS, en un esfuerzo por impedir procesos duplicados en la admisión de los clientes. La información que se comparte incluye Información Básica de Admisión del Cliente y el Grupo Familiar y Antecedentes laborales/educativos.
- En un esfuerzo por dinamizar el Alcance del Cuidado del cliente y/o el Nivel del Programa familiar del cliente y el Nivel del Servicio, los datos sólo se compartirán con otras agencias participantes del SBCHP CoC HMIS que hayan firmado la sección de Acuerdo para compartir datos entre las agencias del Acuerdo de las agencias participantes del HMIS.

- Los datos agregados (sin identificar) se usarán para producir informes de toda la región.
- Todas las agencias que hayan obtenido el acceso al SBCHP CoC HMIS han acordado acatar todas las leyes, políticas y Procedimientos del SBCHP CoC HMIS relativas a la confidencialidad del cliente y la conducta del usuario. Los datos de clientes individuales se encuentran disponibles a través del SBCHP CoC HMIS para las agencias sin custodia solamente en casos en los cuales las políticas internas de la agencia que ingresa los datos, los acuerdos de divulgación de datos entre agencias específicas y los formularios del cliente permitan dicha divulgación.

Sistema de información de gestión de los desamparados para la Continuidad del cuidado de la sociedad de desamparados del Condado de San Bernardino (SBCHP CoC HMIS, por sus siglas en inglés)

Consentimiento del cliente y divulgación de información

Al firmar más abajo, comprendo y reconozco que, basándose en la política de la Agencia, tengo derecho a:

- √ Solicitar a la Agencia que se comunique conmigo acerca de mis servicios de la manera designada para promover las comunicaciones confidenciales;
- √ No responder ninguna pregunta, a menos que la admisión en el programa de la Agencia lo exija;
- √ Recibir servicios si no permito que esta agencia ingrese información sobre mí en el SBCHP CoC HMIS;
- √ Inspeccionar, copiar y solicitar la enmienda de los registros mantenidos por la Agencia que se relacionen con la prestación de servicios para mí y para recibir una copia de este formulario;
- √ Solicitar la restricción de cómo se utilizan y divulgan mis datos, información y registros, sobre los cuales la Agencia no está obligada a aceptar dichas restricciones exigidas;
- √ Denegar el consentimiento para compartir la Información de Admisión del Cliente que se esboza más arriba;
- √ Firmar una solicitud escrita para eliminar mi consentimiento en cualquier momento; y
- √ Presentar una queja ante la Agencia o la oficina Administrativa mediante una notificación escrita de la supuesta violación, si creo que se han violado mis derechos de privacidad, y que no se tomarán represalias en mi contra por presentar dicha queja.

_____ **Por favor, escriba sus iniciales para indicar que comprende sus derechos**

Al firmar más abajo, además comprendo y reconozco que:

- √ La confidencialidad de mis registros está protegida por ley, y que la Agencia nunca brindará información sobre mí a nadie fuera de la Agencia sin mi consentimiento escrito o conforme se exija mediante una orden judicial;
- √ Además de la Información de Admisión del Cliente, la Agencia podría divulgar datos del Nivel del Programa sólo con aquellas agencias participantes del SBCHP CoC HMIS en un esfuerzo por dinamizar el Alcance del Cuidado;
- √ Si opto por retirar el consentimiento, comprendo que mis datos podrían ser divulgados al SBCHP CoC HMIS e incluidos en un formulario agregado y sin identificación a los efectos de tomar decisiones futuras sobre la política y el programa;
- √ Esta divulgación es válida por siete (7) años después de la última vez que reciba servicios de la Agencia; y
- √ La Agencia está obligada a acatar los términos de esta notificación, pero la Agencia se reserva el derecho a cambiar los términos y a poner en vigencia tales cambios tanto para la información que ya posea la Agencia, así como para la información que reciba en el futuro.

FIRMA DEL CLIENTE o TUTOR

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO DE LA AGENCIA

FECHA

ADMINISTRACIÓN

Primer nombre del cabeza de familia:	Apellido del cabeza de familia:
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 entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre del segundo cabeza de familia:	Apellido del segundo cabeza de familia:
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 entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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.



PRINCIPALES PUNTOS A TRATAR

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

- El propósito de hacer este triage con cabezas de familia que tienen hijos y que en la actualidad están experimentando desamparo
- Algunas preguntas son muy personales y es su decisión si desean o no que sus hijos estén presentes. Si desean que sus hijos estén presentes, podrán elegir no responder algunas preguntas frente a ellos, y en este caso se puede explicar que podemos volver a tal pregunta al final o en otro momento si hay alguna persona que pueda cuidar a los hijos por unos minutos.
- 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 sientan cómodos 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

SECCIÓN 1: HIJOS DENTRO DEL HOGAR

1. ¿Cuántos hijos menores de 18 años se encuentran actualmente con usted? _____
2. ¿Cuántos hijos menores de 18 años no se encuentran actualmente con su familia, pero usted tiene razones para creer que se mudarán con usted cuando se le consiga alojamiento? _____
3. ¿Se encuentra algún miembro de su familia embarazada? (de ser aplicable) S N NR

4. Por favor indique los hijos dentro de su hogar:

Hijo 1. Primer nombre:	Hijo 1. Apellido:
Hijo 1. Fecha de nacimiento:	Hijo 1. ¿Está con la familia?
Hijo 2. Primer nombre:	Hijo 2. Apellido:
Hijo 2. Fecha de nacimiento:	Hijo 2. ¿Está con la familia?
Hijo 3. Primer nombre:	Hijo 3. Apellido:
Hijo 3. Fecha de nacimiento:	Hijo 3. ¿Está con la familia?
Hijo 4. Primer nombre:	Hijo 4. Apellido:
Hijo 4. Fecha de nacimiento:	Hijo 4. ¿Está con la familia?
Hijo 5. Primer nombre:	Hijo 5. Apellido:
Hijo 5. Fecha de nacimiento:	Hijo 5. ¿Está con la familia?

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

- Si hay un padre soltero con 2 o más hijos, y/o un hijo menor de 11 años y/o un embarazo actual.
- SI hay dos padres con 3 o más hijos, y/o un hijo menor de 6 años y/o un embarazo actual.



SECCIÓN 2: NECESIDADES ACTUALES

5. La mayoría de los días usted y su familia pueden:

- a. Conseguir un lugar seguro para dormir S N NR
- b. Acceder a un baño cuando lo necesita S N NR
- c. Acceder a una ducha cuando la necesita S N NR
- d. Conseguir comida S N NR
- e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado S N NR
- f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita S N NR
- g. Guardar sus cosas de forma segura S N NR

Colocar puntuación 1 al responder NO a la pregunta 5 a, b, c, d, e, f o g.

SECCIÓN 3: HISTORIAL DE VIVIENDA Y DETERMINACIÓN DE DESAMPARO CRÓNICO

6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia vivieron en una vivienda estable y permanente? (¿es la respuesta en días, meses o años?) _____
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar? _____
8. **SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 7 ES 2 O MÁS:**
 Pensando en los últimos tres años y en los momentos que usted y su familia estuvieron sin hogar, si suma todos los meses en los que estuvieron sin hogar, ¿cuánto tiempo experimentó su familia desamparo? _____ meses
9. ¿Tiene alguna condición incapacitante diagnosticada y documentada? S N NR

Colocar puntuación 1 si se respondió SÍ a la PREGUNTA 9 y se cumplen las siguientes condiciones:

- Si el cabeza de familia:
 - experimentó 1 o más años consecutivos de desamparo o
 - 4 o más episodios de desamparo y la duración total del desamparo es de 12 o más meses.

10. ¿Alguna vez vivió su familia en una casa de la cual usted fue dueño o en un apartamento a su nombre? S N NR
11. ¿Fue usted o su familia alguna vez desalojado de una vivienda? S N NR

Colocar puntuación 1 si respondió NO a la pregunta 10 y/o SÍ a la pregunta 11.



SECCIÓN 4: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA

- | 12. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted o alguien de su familia: | <i># de veces</i> |
|---|-------------------|
| 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.

13. Desde que su familia ha estado sin hogar:
- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Alguien en su familia ha sido agredido | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Alguien en su familia ha amenazado con agredir a otra persona | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Alguien en su familia ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Alguien lo ha amenazado a usted o a un miembro de su familia con violencia o le ha hecho sentir inseguro | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Alguien ha intentado controlarlo a usted o un miembro de su familia utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o alguien en su familia | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 13, colocar puntuación 1.

14. Tiene algún miembro de su familia en este momento una situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:
- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Que sea detenido | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Que afecte la posibilidad de su familia de encontrar vivienda | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Que afecte dónde puede usted y su familia vivir en su alojamiento | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Que impacte la habilidad de su familia de permanecer junta | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
15. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable a un miembro de su familia de un delito que pueda significar un obstáculo para acceder o mantener una vivienda?
- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 14 y/o SÍ a la pregunta 15, colocar puntuación 1.



16. ¿Alguien engaña, manipula u obliga a un miembro de su familia para que haga cosas en contra de su voluntad? S N NR

17. ¿Dónde duermen usted y su familia con mayor frecuencia? (seleccione una respuesta)

- Refugios Vivienda de transición Couch Surfing (de casa en casa)
 Al aire libre Carro Otro _____

18. ¿Alguna vez usted o alguien de su familia realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, 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 16,*
- *Si la familia se queda en otro lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 17,*
- *SÍ a la pregunta 18*

19. ¿Hay alguien que cree que usted o un miembro de su familia 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

20. ¿Obtiene usted o alguien de su familia dinero por parte del gobierno, por un trabajo, manutención, pensión alimenticia, por trabajar “debajo de la mesa”, trabajo ocasional, herencia, pensión o algo similar? S N NR

21. ¿Realiza usted o alguien de su familia 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 19,*
- *NO a la pregunta 20,*
- *SÍ a la pregunta 21*

22. ¿Todos en su familia tienen actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que les satisfagan y den felicidad? S N NR

Si respondió NO a la pregunta 22, colocar puntuación 1.

23. ¿Cuenta su familia con una serie de pertenencias que le obstaculizan la posibilidad de acceder a servicios o vivienda? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 23, colocar puntuación 1.

24. Considera usted que la situación actual de desamparo de su familia 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



FAMILIAS

VERSIÓN AMERICANA 3.0

25. ¿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 24 y/o NO a la pregunta 25, colocar puntuación 1.

26. ¿Alguien en su hogar es mayor de 60 años? S N NR

27. ¿Tiene alguien en su familia problemas de salud físicos o mentales o problemas cognitivos, incluyendo una lesión cerebral, que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 26 y/o SÍ a la pregunta 27, colocar puntuación 1.

28. Alguien en su familia 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 28, colocar puntuación 1.

29. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:

a. Un doctor le indicó a usted o alguien en su familia que debe tomar, pero no está tomando S N NR

b. El medicamento se vende en vez de tomarlo S N NR

c. El medicamento se utiliza de otra manera que no sea la indicada S N NR

d. El medicamento es imposible de tomar, se olvida tomar o decide no tomar S N NR

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 29, colocar puntuación 1.

30. ¿Ha sido el desamparo de su familia causado por un trauma o abuso reciente o pasado? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 30, colocar puntuación 1.

31. ¿Hay algún hijo que haya sido retirado por el servicio de protección de menores en los últimos 6 meses? S N NR

32. ¿Tiene usted algún problema legal familiar como la custodia de hijos, problemas de protección, divorcio o algo similar que está siendo resuelto en la corte o necesita ser resuelto en la corte, y que pueda afectar su alojamiento o quienes puedan vivir en la vivienda? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 31 y/o pregunta 32, colocar puntuación 1.



33. En algún momento en los últimos 6 meses, ¿le han separado a algún hijo de usted para que viva con otro familiar o amigo? S N NR

34. En los últimos 6 meses, ¿algún hijo ha experimentado abuso o trauma? S N NR

35. **En caso de haber hijos en edad escolar:** ¿sus hijos asisten a la escuela con frecuencia cada semana? S N NR

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

- SÍ a la pregunta 33,
- SÍ a la pregunta 34,
- NO a la pregunta 35.

36. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado alguno de los adultos en la familia debido a una relación nueva, una separación, encarcelamiento, despliegue militar o alguna otra situación similar? S N NR

37. ¿Anticipa usted que en los primeros 6 meses de que su familia sea alojada, vengan a vivir con ustedes otros adultos o niños? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 36 y/o pregunta 37, colocar puntuación 1.

38. ¿Cuenta su familia con un grupo de apoyo cuando necesita ayuda con sus hijos o cuando se le presenta otra situación? S N NR

39. **En caso de haber niños menores de 12 años y niños mayores de 13 años:** ¿pasan los hijos mayores dos o más horas al día ayudando a sus hermanos menores con sus tareas, arreglarlos para la escuela, la cena, bañarlos o cosas similares? S N NR

Si respondió NO a la pregunta 38 y/o SÍ a la pregunta 39, colocar puntuación 1.

PUNTUACIÓN TOTAL



ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS RECOMENDADAS A TOMAR
0-3	Evaluar para los servicios de apoyo menos intensivos.
4-8	Evaluar para los servicios de apoyo moderado y limitado.
Más de 9	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?

