

# 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

**Adultos Solteros**



## 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

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?

---



---



---

