

Recopilación de datos de HMIS **para niños** < 18 años de edad - Plantilla para el Proyecto START (Revisado el 3/8/2026)

Use este formulario para niños menores de 18 años que **no sean cabeza de familia**. Por favor, complete todos los elementos. Esta plantilla se puede utilizar para todos los proyectos.

***Nota:** Cuando dos o más personas menores de 18 años se presenten juntas en un proyecto y una de las personas que se presente no sea hijo de la otra (por ejemplo, hermano y hermana), cada persona debe ingresar como su propio registro en su propio hogar. Es importante crear registros separados para las personas menores de 18 años que se presentan juntas para comprender mejor la falta de vivienda entre los jóvenes. No se permite que ingresarlos por separado sea una barrera o afecte la recepción de futuras intervenciones. Si dos menores están presentes junto con un niño, los dos menores deben ser registrados en hogares separados. El niño debe agregarse al hogar del padre con el que viviría en caso de que los padres se separen por cualquier motivo. (De los Estándares de Datos de HUD 2026).

DATOS PARA TODOS LOS CLIENTES HoH ID DE CLIENTE HMIS # _____ (SI SE CONOCE)

Responda las siguientes preguntas para cada niño del hogar. Se debe incluir un formulario separado para cada niño.

FECHA DE INICIO DEL PROYECTO (por ejemplo, 9/24/2023)

La Fecha de Inicio del Proyecto servirá como fecha de información para todos los elementos de datos recopilados en este formulario; Todos los datos deben ser precisos a partir de esta fecha, independientemente de la fecha en que se recopilaron.

		/			/			
Mes			Día			Año		

NOMBRE (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo, por ejemplo, Jr, Sr, III)

Los registros HMIS deben usar el nombre completo y preciso de un cliente siempre que sea posible. Si el cliente no se asocia con su nombre legal, el nombre ingresado en HMIS debe reflejar el nombre con el que el cliente se identifica, a menos que el financiador requiera un nombre legal (por ejemplo, VA).

Nombre	
Segundo nombre	
Apellido	
Sufijo	

CALIDAD DE LOS DATOS DE NOMBRE

Los proyectos de Alcance Callejero y Entrada Coordinada pueden registrar el inicio de un proyecto con información limitada sobre el cliente y mejorar la precisión y la integridad de los datos del cliente con el tiempo.

- Nombre completo reportado Parcial, Nombre de la calle, Nombre del código reportado

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

				-									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO (por ejemplo, 10/23/1978)

		/			/			
Mes			Día			Año		

CALIDAD DE LOS DATOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

- SSN completo# reportado
 Número de Seguro Social aproximado o parcial reportado
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO

- Fecha de nacimiento completa informada
 Fecha de nacimiento aproximada o parcial notificada
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

RAZA Y ETNICIDAD

Registre la(s) raza(s) y el origen étnico autoidentificados, si corresponde. Ayude al cliente a seleccionar tantas opciones de raza y/o etnia como identifique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska o Indígena | <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano |
| <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano | <input type="checkbox"/> Hispano/Latina/o |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar |
| <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Detalles adicionales sobre raza y etnicidad (opcional): _____

SEXO

- Masculino
 Femenino
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR

En un hogar de una sola persona, esa persona debe ser identificada como cabeza de familia. En los hogares con varias personas, una persona debe ser designada como cabeza de familia y el resto debe tener registrada su relación con el jefe de familia. Si el grupo de personas está compuesto por adultos y niños, se debe indicar a un adulto como cabeza de familia.

- Self (Jefe de Familia)
 Hijo del Jefe de Familia
 Cónyuge o pareja del Jefe de Familia
 Otro pariente del jefe de familia (otro pariente con el jefe de familia)
 Otro: Miembro no relacionado

Las siguientes preguntas deben ser respondidas en la evaluación del niño con las mismas respuestas que el jefe de hogar:

- Razones para el sinhogarismo primaria/secundaria
- Situación de vida anterior (¿dónde durmió el cliente anoche?)
- ¿Cuánto tiempo en situación de vida anterior?
- Fecha aproximada en que comenzó este episodio de sinhogarismo
- Independientemente de dónde se alojaron la noche anterior, el número de veces que el cliente ha estado en las calles, en ES, o SH en los últimos tres años, incluido hoy.
- Número total de meses sin hogar en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años (SO, ES, SH).
- CoC de inscripción, condado, código postal de la última dirección permanente

Recuerde que los ingresos en efectivo y los ingresos no monetarios de los menores en el hogar se informan en el jefe de hogar.

SEGURO DE ENFERMEDAD: Recuerde que el seguro de salud debe ser reportado **para todos los miembros del hogar.**

¿EL CLIENTE ESTÁ ACTUALMENTE CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO?

- Sí
 No

[EN CASO AFIRMATIVO] Responda 'Sí' o 'No' para cada fuente de seguro médico. (Responda 'No' para las fuentes que han sido canceladas, incluso si se recibieron en el pasado.)

No	Sí	Fuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIN de Medicaid # _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (o use el nombre local)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de salud proporcionado por el empleador
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de salud obtenido a través de COBRA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de salud de pago privado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de salud estatal para adultos (o use el nombre local)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programa de Servicios de Salud para Indígenas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro En caso afirmativo, especifique la fuente: _____

DISCAPACIDADES: Recuerde que las discapacidades deben ser reportadas **para todos los miembros del hogar.**

¿EL CLIENTE TIENE ACTUALMENTE UNA CONDICIÓN DISCAPACITANTE?

Sí No

[EN CASO AFIRMATIVO] Responda "Sí" o "No" para cada discapacidad enumerada. ¿[EN CASO AFIRMATIVO] para la afección, se espera que sea de larga duración continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?

No	Sí	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno por consumo de alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno por consumo de drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos por consumo de alcohol y drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición de salud crónica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad del desarrollo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de salud mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad física
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i>