

Condado de Santa Clara VI-SPDAT para familias con niños

Este paquete incluye:

- Instrucciones locales y guion para usar el VI-SPDAT
- VI-SPDAT para familias con niños
- Preguntas adicionales para evaluar la elegibilidad del programa

Instrucciones VI-SPDAT del Condado de Santa Clara

Antes de completar el VI-SPDAT:

1. **Verifique en HMIS para ver si el individuo / familia ya ha completado un VI-SPDAT buscando en la pestaña Evaluaciones.**
2. **Cargar un formulario de consentimiento del cliente firmado en HMIS:** No se puede ingresar ninguna información, incluido el VI-SPDAT, en HMIS hasta que se cargue en HMIS un formulario firmado de contras del cliente (también conocido como Divulgación de información o ROI).

Finalización del VI-SPDAT:

1. **Seleccione la versión apropiada del VI-SPDAT:**
 - a. **VI-SPDAT para adultos solteros:** use esta versión para adultos de 25 años o más Sin niños en el hogar.
 - b. **VI-SPDAT para familias:** use esta versión para hogares con al menos un niño menor de 18 años.
 - c. **TAY VI-SPDAT – Utilice esta versión para jóvenes en edad de transición (de 18 a 24 años) y menores no acompañados.**
2. **Presente el VI-SPDAT:** Explique al cliente lo que está haciendo, utilizando el script introductorio en la página siguiente.
3. **Complete todas las preguntas:** Complete el VI-SPDAT y las preguntas de seguimiento, incluidas las preguntas adicionales en la última página de este paquete.
 - a. Si bien el autoinforme sigue siendo la forma principal en que se captura la información en el VI-SPDAT, los evaluadores también pueden incorporar otras fuentes limitadas de información para completar la evaluación. El asesor puede recordar a los clientes las respuestas pasadas y puede usar otra información que el cliente consintió en compartir en HMIS u otras fuentes.
 - Cuando use información externa, sea transparente e informe al encuestado sobre la información que planea usar en la evaluación. Los asesores deben dar al cliente la oportunidad de corregir esta información.
 - Si existe una discrepancia entre la respuesta que el cliente da durante la evaluación y la información externa, los evaluadores deben utilizar la respuesta proporcionada por el cliente.
 - Si se utiliza información externa durante el proceso de evaluación, la fuente de esa información debe registrarse en la ficha Notas de HMIS.
4. **Ingrese el VI-SPDAT en HMIS:** Puede encontrar el VI-SPDAT en la pestaña Evaluaciones en la barra de menú en la parte superior de la pantalla en HMIS. Esta es una evaluación universal que no está conectada a ningún programa específico.
 - a. **Si el puntaje de evaluación es de 4 o superior:** refiera la evaluación a la cola de la comunidad en HMIS.

Después de completar el VI-SPDAT:

1. **Recopilar información de contacto:** Recopile tanta información de contacto como sea posible (teléfono, correo electrónico, proveedor de servicios o administrador de casos con el que trabaja el individuo / familia, ubicaciones que frecuentan, etc.). Es fundamental que tengamos tanta información de contacto como sea posible en caso de que haya referencias disponibles para el individuo / familia. Pídaleles qué regresen y actualicen su información de contacto si cambia.
2. **Compartir información con el individuo/familia:** NO comparta la puntuación numérica del VI-SPDAT. Si la persona está interesada, puede proporcionar una explicación del tipo de proyecto de vivienda qué se ve como el más adecuado para el individuo / familia.
3. **Si el puntaje cae en la categoría de "no intervención de vivienda" (0-3):** Explique que la evaluación muestra que tienen las habilidades y la capacidad para volver a la vivienda con asistencia limitada. Refiera al individuo/familia a recursos en la comunidad que no les ayuden a abordar las barreras, tales como: beneficios públicos, programas de empleo, asistencia de depósito de seguridad, etc.

Guía introductoria del condado de Santa Clara:

Voy a pasar por una breve encuesta con usted que nos proporcionará más información sobre su situación. Las respuestas nos ayudarán a determinar cómo podemos apoyarlo mejor. Algunas de las preguntas de la encuesta son de naturaleza personal, pero solo requieren una respuesta Sí / No o una palabra. Realmente solo necesito esa respuesta de una palabra. No necesita sentir ninguna presión para proporcionar más detalles. También puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta. Omitir varias preguntas puede dificultar que identifiquemos los servicios para usted, pero es su derecho negarse a responder preguntas con las que no se sienta cómodo.

Por favor, haga todo lo posible para responder a todas las preguntas de la manera más honesta y precisa posible. Las respuestas honestas y precisas son importantes para ayudarnos a identificar los servicios adecuados para usted. Además, si podemos referirlo a cualquier servicio basado en la información de esta encuesta, ese programa aún deberá verificar toda la información de elegibilidad. Por lo tanto, si sus respuestas no son honestas, podría evitar que sea aceptado en un programa.

La información que recopilo con esta encuesta se almacenará en HMIS junto con el resto de la información de admisión que proporcionó. A veces podemos identificar servicios que podrían ser una buena combinación para usted en función de la información que usted proporciona. Si eso sucede, intentaremos ponernos en contacto con usted, por lo que es muy importante que proporcione información actualizada sobre el contacto. Esto podría incluir números de teléfono, ubicaciones que frecuenta, administradores de casos u organizaciones con las que trabaja, o cualquier otra información que pueda ayudarnos a encontrarlo.

Índice de vulnerabilidad: herramienta de asistencia para la toma de decisiones de priorización de servicios (VI-SPDAT)

Familias con Niños – SCC Versión 2.5

El VI-SPDAT es creado y protegido por derechos de autor por OrgCode Consulting, Inc. y Community Solutions (Copyright 2015). El VI-SPDAT se utiliza en el condado de Santa Clara con el permiso de OrgCode Consulting, Inc. Por favor, no altere ninguna de las preguntas, incluyendo el orden en que se hacen. Para obtener más información sobre vi-SPDAT u OrgCode, visite www.orgcode.com. Por favor, complete todas las preguntas. El VI-SPDAT se puntuará automáticamente cuando se introduzca en HMIS.

Fecha de evaluación:	Lugar de evaluación:
Tipo de evaluación (elija uno): Teléfono/Virtual/En persona:	
Nivel de evaluación (elija uno): Evaluación de necesidades de crisis o Evaluación de necesidades de vivienda	
Idioma principal:	
Nombre y número de teléfono de la persona del personal que completa el VI-SPDAT:	

INFORMACIÓN BÁSICA

PADRE 1

Nombre	Apodo:
Apellido:	
¿En qué idioma te sientes más capaz de expresarte?	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de Seguro Social:	
¿Consentimiento para participar?	<input type="checkbox"/> No tienen/No saben <input type="checkbox"/> Rechazado

INFORMACIÓN BÁSICA

PADRE 2

Nombre	Apodo:
---------------	---------------

Apellido:		
¿En qué idioma te sientes más capaz de expresarte?		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
Número de Seguro Social:		
¿Consentimiento para participar?	<input type="checkbox"/> No tienen/No saben	<input type="checkbox"/> Rechazado

ADULTOS ADDICIONALES

Si hay otros adultos que vivirán en el hogar con el cliente, responda a la pregunta "¿Hay otros adultos (excluyendo al cliente) en este hogar"?

¿Hay otros adultos (excluyendo al cliente) que viven en este hogar? Si No

Número total de adultos (excluyendo al cliente) en el hogar (ingrese un valor numérico):

Proporcione una lista de los nombres de otros adultos y su fecha de nacimiento:

Adulto: 01 Nombre Completo	Adulto: 01 Fecha de nacimiento
Adulto: 02 Nombre Completo	Adulto: 02 Fecha de nacimiento
Adulto: 03 Nombre Completo	Adulto: 03 Fecha de nacimiento
Adulto: 04 Nombre Completo	Adulto: 04 Fecha de nacimiento
Adulto: 05 Nombre Completo	Adulto: 05 Fecha de nacimiento
Adulto: 06 Nombre Completo	Adulto: 06 Fecha de nacimiento
Adulto: 07 Nombre Completo	Adulto: 07 Fecha de nacimiento
Adulto: 08 Nombre Completo	Adulto: 08 Fecha de nacimiento
Adulto: 09 Nombre Completo	Adulto: 09 Fecha de nacimiento
Adulto: 10 Nombre Completo	Adulto: 10 Fecha de nacimiento

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL VI-SPDAT BASADO EN PREVIA EXPERIENCIA CON ALOJAMIENTO Y SITUACIÓN SIN HOGAR

No elegible si se queda con familiares/ amigos ("couch surfing") durante 7+ días

- Alojamiento en motel:

- Con un vale → cuenta como refugio de emergencia (ES) - elegible
- Pagado por cliente/familia/amigos → califica solo si es menos de 7 días

• No elegible si se está quedando en alojamiento de transición hospital o centro de tratamiento durante 90+ días

• Si está bajo custodia y será liberado/a sin hogar dentro de 14 días, complete una evaluación JD-VI-SPDAT

Otro (por favor seleccione entre las siguientes opciones)	RV (Vehículo recreativo)	
Tráiler/Camper/Camioneta/Furgoneta	Hospital o centro de tratamiento (menos de 90 días)	
Hotel o Motel (pagado por el cliente por menos de 7 días)	Otro (no está en la lista)	

NIÑOS

DOMINIOS PUNTUADOS

A. HISTORIA DE LA VIVIENDA Y LA FALTA DE VIVIENDA

5. ¿Dónde duermes con más frecuencia? (Marque uno)

Refugios	Al aire libre	Otra cosa:
Vivienda transitoria	Surf en el sofá	El cliente no lo sabe
Refugio seguro	Coche	Cliente rechazado
6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que vivió en una vivienda estable permanente?		<input type="checkbox"/> Rechazado
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces has estado Sin hogar?		<input type="checkbox"/> Rechazado

B. RIESGOS

8. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o alguien de su familia ...

a. ¿Recibió atención médica en un departamento / sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Rechazado
b. ¿Llevaste una ambulancia al hospital?	<input type="checkbox"/> Rechazado
c. ¿Ha sido hospitalizado como paciente hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Rechazado
d. ¿Utilizó un servicio de crisis, que incluye crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar / íntima, centros de angustia y líneas directas de prevención de incidentes?	<input type="checkbox"/> Rechazado
e. Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen o el presunto autor de un delito o porque la policía te dijo que debías seguir adelante?	<input type="checkbox"/> Rechazado
f. ¿Se quedó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea una estadía a corto plazo como el tanque borracho, una estadía más larga por un delito más grave o algo intermedio?	<input type="checkbox"/> Rechazado
9. ¿Usted o alguien en su familia ha sido atacado o golpeado desde que se quedó sin hogar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazado

mismo o a cualquier otra persona en el último año?			
11. ¿Usted o alguien en su familia tiene alguna cosa legal en este momento que pueda resultar en que lo encierran, tengan que pagar multas o que dificulten el alquiler de un lugar para vivir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
12. ¿Alguien le obliga o engaña a usted o a algún miembro de su familia para hacer cosas que no desea hacer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
13. ¿Usted o alguien en su familia alguna vez hace cosas que podrían considerarse arriesgadas, como intercambiar sexo por dinero o un lugar donde quedarse, transportar/vender drogas para alguien, tener relaciones sexuales sin protección con alguien que no conocen, compartir una aguja o algo similar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DIARIO			
14. ¿Hay alguna persona, propietario anterior, negocio, corredor de apuestas, distribuidor o Grupo gubernamental como el IRS que piensa que les debes dinero?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
15. ¿Usted o alguien de su familia a recibe dinero del gobierno, una pensión, una herencia, trabajando debajo de la mesa, un trabajo regular, o algo así?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
16. ¿Todos en su familia tienen actividades planificadas, además de simplemente sobrevivir, que les hagan sentir felices y realizados?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
17. ¿Está cada miembro de su familia actualmente en condiciones de attender necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia, y otras cosas similares?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
18. ¿La falta de vivienda actual de su familia es causada de alguna manera por una relación que se rompió, una relación no saludable o abusiva, o porque otros familiares o amigos causaron que su familia fuera desalojada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
D. BIENESTAR			
19. ¿Alguien en el hogar tiene algún problema de salud física que necesitaría asistencia especial para acceder a una vivienda o mantenerla?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
20. ¿Cuando alguien en su familia está enfermo o no se siente bien, ¿su familia evita buscar ayuda médica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
21. ¿El consumo de alcohol o drogas por usted o por algún miembro de su familia ha llevado a que su familia sea expulsada de un apartamento o programa en el que se encontraba en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
22. ¿Beber alcohol o usar drogas hará que sea difícil para su familia mantener su hogar o pagar la vivienda?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
23. ¿Alguien en su familia tiene problemas de salud mental o problemas cognitivos, incluyendo lesión cerebral, que necesitaría asistencia para acceder o mantener la vivienda?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
24. ¿Hay algún medicamento que un médico dijo que usted o alguien de su familia debería tomar y que, por la razón que sea, no está tomando?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
25. ¿Hay medicamento que quitan el dolor (analgésicos) que usted o alguien en su familia no toman como los recetos el doctor o donde venden el medicamento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
26. SÍ O NO: ¿La situación de falta de hogar de su familia ha sido causada por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual u otros tipos de abuso, o por algún otro trauma que usted o alguien en su familia haya experimentado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
E. UNIDAD FAMILIAR			

27. ¿Hay algún niño/a que haya sido separado de la familia por un Servicio de Protección de Menores en los últimos 180 días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
28. ¿Tiene algún problema legal familiar que se esté resolviendo en la corte o que necesite resolverse en la corte y que pueda afectar su vivienda o quién puede vivir en su vivienda?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
29. ¿En los últimos 180 días, algún niño ha vivido con familiares o amigos debido a su falta de vivienda o situación de vivienda?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
30. ¿Algún niño de la familia ha experimentado abuso o trauma en los últimos 180 días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
31. SI HAY NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: ¿Asisten sus hijos escuela la mayoría de las veces cada semana?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
32. ¿Han cambiado los miembros de su familia en los últimos 180 días, debido a cosas como el divorcio, el regreso de sus hijos a vivir con usted, alguien que se va al servicio militar o a la cárcel, un familiar que se muda, o algo por el estilo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
33. ¿Anticipa la llegada de otros adultos o niños que vengan a vivir con usted dentro de los primeros 180 días de estar alojado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
34. ¿Tienen dos o más actividades planeadas cada semana como familia, como salir al parque, ir a la biblioteca, visitar a otros familiares, ver una película en familia o algo así?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
35. Despues de la escuela, o los fines de semana o días en que no hay escuela, es el tiempo total que los niños pasan cada día donde no hay interacción con usted u otro adulto responsable ...			
a. ¿3 o más horas por día para niños de 13 años o más?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
b. ¿2 o más horas al día para niños de 12 años o menos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado
36. SI HAY NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS Y MAYORES DE 13 AÑOS: ¿Sus hijos mayores pasan 2 horas o más en un día típico ayudando a sus hermanos menores con cosas como prepararse para la escuela, ayudar con la tarea, hacerles la cena, bañarlos o algo similar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Introduzca toda la información de contacto al final del VI-SPDAT en HMIS. Además, actualice la información de contacto en la pestaña Ubicación en HMIS. ¡LA INFORMACIÓN DE CONTACTO COMPLETA Y ACTUALIZADA ES FUNDAMENTAL PARA ASEGURARSE DE QUE SE PUEDA ENCONTRAR A LAS PERSONAS CUANDO HAYA UNA REFERENCIA DE VIVIENDA DISPONIBLE!

En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarte y a qué hora del día es más fácil hacerlo?		
Dónde:		
Cuando:		
¿Hay un número de teléfono y / o correo electrónico donde alguien pueda ponerse en contacto con usted de manera segura o dejarle un mensaje?		
Teléfono:	Email:	
¿Hay alguien en quien confíe y con quien se comunique regularmente y con quien podamos contactar cuando lo busquemos? (Por favor, incluya el nombre y el número de	Nombre:	Número de Teléfono:

teléfono si es posible)			
Bien, ahora me gustaría tomar tu foto para que sea más fácil encontrarte y confirmar tu identidad en el futuro. ¿Puedo hacerlo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rechazado

Condado de Santa Clara – Preguntas adicionales:

Por favor, complete las siguientes preguntas adicionales. Estas preguntas **no** forman parte de la evaluación VI-SPDAT; sin embargo, pueden utilizarse para identificar programas para los que el individuo o el hogar podrían ser elegibles. *Tenga en cuenta que se requerirá documentación para verificar la elegibilidad si una persona u hogar es referido a un programa basado en las respuestas a estas preguntas.*

1. Víctima/Sobreviviente de Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
2. Última ocurrencia de violencia doméstica			<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
	<input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> 3-6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses	<input type="checkbox"/> 1 año o más
3. ¿Estás huyendo actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
4. ¿Eres un veterano?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
a. En caso afirmativo, ¿en qué época del servicio militar sirvió?				
<input type="checkbox"/> Post 11 ^{de} septiembre (11 de septiembre de 2001 – Presente) <input type="checkbox"/> Era del Golfo Pérsico (agosto de 1991 – 10 de septiembre de 2001) <input type="checkbox"/> Era post-Vietnam (mayo de 1975 – julio de 1991) <input type="checkbox"/> Era de Vietnam (agosto de 1964 – abril de 1975) <input type="checkbox"/> Entre las guerras de Corea y Vietnam (febrero de 1955 – julio de 1964) <input type="checkbox"/> Guerra de Corea (junio de 1950 – enero de 1955) <input type="checkbox"/> Entre la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea (agosto de 1947 – mayo de 1950) <input type="checkbox"/> Era de la Segunda Guerra Mundial (septiembre de 1940 – julio de 1947) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Negado				
b. En caso afirmativo, ¿cuál es su estado de alta?				
<input type="checkbox"/> Honorable	<input type="checkbox"/> General bajo Condiciones Honorables			
<input type="checkbox"/> Mala conducta bajo	<input type="checkbox"/> Condiciones distintas a las honorables (OTH)			
<input type="checkbox"/> Deshonroso	<input type="checkbox"/> No caracterizado			
<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Rechazado			
5. ¿Cuántos años en total ha estado sin hogar?				
6. ¿En qué ciudad viviste antes de quedarte sin hogar?				
7. Si está empleado, ¿en qué ciudad está su lugar de trabajo?				
8. Si vas a la escuela, ¿en qué ciudad está tu escuela?				
9. ¿En qué ciudad pasas la mayor parte de tu tiempo?				
10. ¿Alguna vez has estado en cuidado de crianza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
11. ¿Alguna vez has estado en la cárcel?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
12. ¿Alguna vez has estado en prisión?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
13. ¿Tiene una discapacidad física permanente que limita su movilidad? (es decir, silla de ruedas, amputación, incapacidad para subir escaleras?)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado

14. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayude específicamente a las personas que viven con VIH o SIDA, ¿sería de su interés?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	
16. ¿Usted o sus hijos reciben actualmente CalWORKs (TANF)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé	<input type="checkbox"/> Rechazado
<input type="checkbox"/> Seguro privado de Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Sin seguro médico			
15. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene, si lo hay?				
<input type="checkbox"/> Seguro privado de Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> VA Médico	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Otro			

Pregunta del acompañante del asesor: [Observe, no pregunte]

Para capturar la salud mental, los deterioros cognitivos y los problemas de uso de sustancias de manera más efectiva cuando las personas no pueden responder a estas preguntas, el proceso VI-SPDAT incluye una función de observación en su puntuación para estas preguntas.

Si un cliente responde Sí a ciertas preguntas relacionadas con la salud mental, los deterioros cognitivos o los problemas de uso de sustancias, se aplicará la puntuación estándar y se omitirán las preguntas complementarias del evaluador agregadas al final de la evaluación. Si un cliente responde que no a las preguntas relacionadas, pero el evaluador observa un comportamiento para indicar que la respuesta debe ser sí, entonces los evaluadores deben responder las preguntas de observación al final e incluir una nota que explique qué llevó al evaluador a creer que la respuesta del cliente no reflejaba la verdadera situación.

¿Ha observado el evaluador algún comportamiento que indique un problema de salud mental o cognitivo? (Ejemplos: hablar galimatías, tener alucinaciones visuales o auditivas, exhibir paranoia, problemas graves con la memoria o la comprensión)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si el evaluador observó algún comportamiento que indique un problema cognitivo o de salud mental, describa cómo cumple con los criterios.		
¿Ha observado el evaluador algún absceso o marcas de seguimiento por el uso de sustancias injectables?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si el evaluador observó algún absceso o marcas de seguimiento del uso de sustancias injectables, describa cómo cumple con los criterios.		

