

# Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)

## Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)

A-. Numero de Encuesta/ID \_\_\_\_\_

### Página #2. Información General

|  |   |  |
|--|---|--|
| Entrevistador<br><br>_____   | A-5. Papel del Entrevistador<br><br><input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Guía del Consumador  |  |
| A-7.<br>Fecha de Encuesta<br><br>_____   | A-.<br>Fecha (Registro en HMIS )<br><br>_____   | A-8. <i>(opcional)</i><br>Hora de Inicio: _____<br>Hora de Finalización: _____ |
| A-9. Ubicación de la Entrevista <i>(Del participante entrevistado)</i><br><input type="checkbox"/> Cotati/Rohnert Park<br><input type="checkbox"/> Healdsburg/Windsor<br><input type="checkbox"/> Petaluma/South County<br><input type="checkbox"/> Santa Rosa<br><input type="checkbox"/> Sonoma Valley<br><input type="checkbox"/> West County | A-11. Agencia tomando la Encuesta<br><input type="checkbox"/> Buckelew<br><input type="checkbox"/> Catholic Charities<br><input type="checkbox"/> Cloverdale Wallace House<br><input type="checkbox"/> Community Development Commission<br><input type="checkbox"/> COTS Petaluma<br><input type="checkbox"/> Social Advocates for Youth<br><input type="checkbox"/> Sonoma County DA Homeless Victims<br><input type="checkbox"/> The Living Room<br><input type="checkbox"/> West County Community Services<br><input type="checkbox"/> West County Health<br><input type="checkbox"/> Sober Sonoma<br><input type="checkbox"/> Interfaith Shelter Network<br><input type="checkbox"/> Reach for Home |  |
| A-10. Ubicación específica donde el participante tuvo su entrevista:<br><br>_____  |   |  |
| A-13. ¿En qué idioma (además de inglés y español) se siente más cómodo hablando?   |   |  |

### Página #2. A. Falta de Vivienda/Historial de Vivienda

| PREGUNTA  | RESPUESTA   | REHUSA                   |
|---|-------------|--------------------------|
| A-14. ¿Dónde duerme con más frecuencia? (Marque solo una)<br><input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Refugio Seguro <input type="checkbox"/> Sofás <input type="checkbox"/> Al Exterior <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> Otro (A-15) |             |                          |
| A-15. Especifique Otro de A-14:   | _____       | <input type="checkbox"/> |
| A-16. ¿Cuánto tiempo (meses) ha pasado desde que vivió en una vivienda estable y permanente?  | _____ meses | <input type="checkbox"/> |
| A-17. En los últimos 3 años ¿cuántas veces ha estado sin hogar?   | _____ veces | <input type="checkbox"/> |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

| <b>Página #3. B. Riesgos</b>  |                                |                                |                          |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>Guion:</b> Voy a preguntarte sobre su interacción con servicios de salud y emergencia. Si necesita ayuda averiguando cuando sucedió en los últimos seis meses, por favor dígame.   |                                |                                |                          |
| <b>PREGUNTA</b>   | <b>RESPUESTA</b>               |                                | <b>REHUSA</b>            |
| A-18. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha recibido atención medica en la sala de emergencias?   | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-19. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha ido usted o miembros de su familia al hospital en ambulancia?   | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-20. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado, incluyendo hospital de salud mental?  | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-21. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha usado el servicio de crisis incluyendo, crisis de abuso sexual, crisis de salud mental, crisis de violencia doméstica, violencia interfamiliar, centros de angustia o las líneas directas para prevención de suicidio?                          | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-22. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha hablado con la policía porque fue testigo de un delito, víctima de un delito, o el presunto autor de un delito o porque la policía le pidió que se retirara del lugar donde estaba?   | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-23. En los últimos seis meses ¿Cuántas veces ha permanecido una o más noches en una celda de retención, cárcel, prisión o detención de menores, ya sea como una estancia a corto plazo como el tanque para borracho, una estancia más prolongada por un delito más grave, o algo entre medio? | _____ veces                    |                                | <input type="checkbox"/> |
| A-24. ¿Ha sido atacado o golpeado alguna vez, desde que se ha quedado sin hogar?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-25. ¿Ha amenazado o intentado lastimarse o lastimar a alguien más en el último año?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-26. ¿Tiene usted asuntos legales pendientes en este momento que podrían resultar en encarcelamiento o tener que pagar multas o que hacen más difícil alquilar un lugar para vivir?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-27. ¿Alguna vez estuvo encarcelado antes de los 18 años?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-28. ¿Hay alguien que lo obliga o engaña para hacer cosas que usted no desea hacer?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-29. ¿Hace cosas que pueden ser consideradas riesgosas como intercambiar sexo por el dinero, comida, drogas o por un lugar donde   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

|   |                  |               |
|---|------------------|---------------|
| <b>Página #3. B. Riesgos</b>  |                  |               |
| <b>Guion:</b> Voy a preguntarte sobre su interacción con servicios de salud y emergencia. Si necesita ayuda averiguando cuando sucedió en los últimos seis meses, por favor dígame. |                  |               |
| <b>PREGUNTA</b>   | <b>RESPUESTA</b> | <b>REHUSA</b> |
| quedarse, traficar drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que realmente no conoce, compartir una aguja, o algo así?   |                  |               |

|  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Página #4. C. Socialización/Funciones Diarias</b>   |                                |                                |
| <b>PREGUNTA</b>  | <b>RESPUESTA</b>               | <b>REHUSA</b>                  |
| A-30. ¿Hay alguna persona, propietario anterior, negocio, corredor de apuestas, traficante, o grupo del gobierno como el IRS que piensa que usted les debe dinero? | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-31. ¿Recibe dinero del gobierno, una herencia, una pension, trabajo bajo la mesa, un trabajo normal, o algo así?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-32. ¿Tiene actividades planeadas cada día, aparte de solo sobreviviendo que le da felicidad y satisfacción?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-34. Actualmente, ¿Es capaz de atender necesidades básicas como bañarse, cambiarse, usar el baño, conseguir comida, agua limpia y otras cosas así?                | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-35. ¿Su falta de vivienda estable es porque se escapó de su familia, o de una casa hogar, o un hogar de acogida?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-36. ¿Su falta de vivienda estable es debido a una diferencia en las creencias religiosas o culturales de sus padres, tutores o cuidadores?                       | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-37. ¿Su falta de vivienda estable es porque su familia o amigos le hicieron quedar sin hogar?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-38. ¿Su falta de vivienda estable es debido a los conflictos en torno a la identidad de género o la orientación sexual?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-39. ¿Su falta de vivienda estable es debido a la violencia en el hogar entre los miembros de la familia?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |
| A-40. ¿Su falta de vivienda estable es debido a una relación mala o abusiva, ya sea en casa o en otro lugar?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> |

|                                |                  |               |
|--------------------------------|------------------|---------------|
| <b>Página #5. D. Bienestar</b> |                  |               |
| <b>PREGUNTA</b>                | <b>RESPUESTA</b> | <b>REHUSA</b> |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

|   |                                |                                |                          |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| A-41. ¿Alguna vez ha tenido que salir de un apartamento, un programa de refugio, u otro lugar debido a su salud física?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-42. ¿Tiene problemas de salud crónicos con el hígado, riñones, estómago, pulmones o el corazón?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-43. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayudara específicamente a las personas que viven con el VIH o el SIDA, ¿sería algo que le interesaría?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-44. ¿Tiene alguna discapacidad física que limite el tipo de vivienda al que podría tener acceso, o haría difícil vivir independientemente porque necesitaría ayuda?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-45. Cuando usted está enfermo o no se siente bien, ¿evita recibir ayuda médica?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-46. ¿Está embarazada, alguna vez ha estado embarazada o ha embarazado a alguien?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-47. ¿Su consumo de alcohol o drogas le llevó a ser expulsado de un apartamento o programa en el que se hospedaba en el pasado?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-48. ¿Su consumo de alcohol o drogas le dificultará quedarse en casa o pagar su vivienda?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-49. Si alguna vez ha usado marihuana, ¿lo probaste a la edad de 12 años o más joven?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-50. ¿Alguna vez ha tenido problemas para mantener su vivienda, o ha sido expulsado de un apartamento, un programa de refugio, u otro lugar que se alojaba debido a una preocupación de salud mental?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-51. ¿Alguna vez ha tenido problemas para mantener su vivienda, o ha sido expulsado de un apartamento, un programa de refugio, u otro lugar que se alojaba debido a una lesión en la cabeza en el pasado?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-52. ¿Alguna vez ha tenido problemas para mantener su vivienda, o ha sido expulsado de un apartamento, un programa de refugio, u otro lugar que se alojaba debido a una discapacidad de aprendizaje, discapacidad del desarrollo u otro impedimento? | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-53. ¿Tiene algún problema de salud mental o de cerebro que le dificultaría vivir independientemente porque necesitaría ayuda?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-54. ¿Hay algún medicamento que el médico dijo que usted debe tomar y que por cualquier razón, usted no está tomando?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-55. ¿Hay algún medicamento como analgésicos que usted no tome en la forma en que el médico le recetó o usted vende el medicamento?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

|   |                                |                                |                          |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| A-56. ¿Su período actual de falta de vivienda ha sido causado por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual o de otro tipo, o por cualquier otro trauma que haya experimentado? | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-57. ¿Le han diagnosticado lo siguiente? ¿Incapacidad para el desarrollo, VIH/SIDA, condición física o crónica de salud, salud mental o abuso de sustancias?   | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-58. ¿Tiene un diagnóstico de salud Mental documentado?  | SÍ<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

| <b>Página #6. E. Otras Preguntas</b>  |  |  |  |    |    |        |                          |                          |                          |
|---|--|--|--|----|----|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>GUIÓN:</b> Finalmente me gustaría hacerle algunas preguntas para ayudarnos a entender mejor la falta de vivienda y poder mejorar los servicios de alojamiento y apoyo. |  |  |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <b>PREGUNTA</b>   | <b>RESPUESTA</b>   | <b>PREGUNTA</b>  | <b>RESPUESTA</b>   |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-58. ¿Hay una zona del Condado de Sonoma en que prefiere quedarse?   | <input type="checkbox"/> Sin preferencia<br><input type="checkbox"/> Santa Rosa<br><input type="checkbox"/> Petaluma<br><input type="checkbox"/> Guerneville/North Coast<br><input type="checkbox"/> Sonoma Valley<br><input type="checkbox"/> Cloverdale/Healdsburg | A-59. ¿Dónde vivía antes de quedarse sin hogar?                | <input type="checkbox"/> Sonoma County<br><input type="checkbox"/> Lado Norte de California<br><input type="checkbox"/> Otra parte de CA<br><input type="checkbox"/> Guerneville/North Coast<br><input type="checkbox"/> rehusó<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique) |    |    |        |                          |                          |                          |
|   |  | A-60. ¿'Otra' área en donde vivió antes de quedarse sin hogar? | _____  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <b>PREGUNTA</b>   |  |  | <b>RESPUESTA</b>   |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-61. ¿Por parte del participante recibiendo ingresos predecibles para satisfacer sus gastos, es cualquiera de esos considerados "ingresos ganados"?                      |  |  | <table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> <td>No Sé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | SÍ | NO | No Sé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ  | NO   | No Sé  |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-62. Aproximadamente, cuánto ingreso 'ganado' aporta el participante mensualmente.   |  |  | \$ _____   |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-64. ¿Alguna vez ha estado en cuidado de crianza?  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> <td>REHUSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | SÍ | NO | REHUSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ  | NO   | REHUSA   |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-65. ¿Alguna vez ha estado en la prisión?  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> <td>REHUSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | SÍ | NO | REHUSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ  | NO   | REHUSA   |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-66. ¿Tiene una incapacidad permanente que limita su movilidad?<br>(Es decir, silla de ruedas, amputación, incapaz de subir escaleras)?                                  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> <td>REHUSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | SÍ | NO | REHUSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ  | NO   | REHUSA   |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-67. Si respondió si, por favor anote las restricciones (es decir, cama litera inferior, acceso para sillas de ruedas):  |  |  | _____  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-68. Si es enviado a un albergue de emergencia, ¿necesitara una cama litera arriba o abajo?  |  |  | <input type="checkbox"/> Litera Arriba <input type="checkbox"/> Litera Abajo   |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-69. Si le dan a elegir, ¿qué opción de vivienda sería mejor para usted?   |  |  | <input type="checkbox"/> Estrictamente Limpio y Sobrio <input type="checkbox"/> Requiere Sobriedad <input type="checkbox"/> Sin Requisitos de Sobriedad  |    |    |        |                          |                          |                          |
| A-70. ¿Tiene un animal de servicio?   |  |  | <table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> <td>REHUSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | SÍ | NO | REHUSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ  | NO   | REHUSA   |  |    |    |        |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       |  |    |    |        |                          |                          |                          |

**Índice de Vulnerabilidad y Herramienta de Asistencia para Decisiones sobre Prioridad de Servicio (VI-SPDAT)**

**Entrevista para TAY (VI-SPDAT Juventud en Edad punto de Transición TouchPoint)**

|  |  |
|--|--|
| A-71. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? <i>(Marque todos los que aplican)</i><br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> VA (Veteran’s Administration) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado<br><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro (ESPECIFIQUE A-71) |  |
| A-72. Si hay otro tipo de seguro de salud, por favor especifique:  | _____  |
| A-73. ¿En un día regular, dónde es más fácil encontrarlo o a qué hora del día es más fácil encontrarlo?  | Lugar: _____<br>Hora: _____  |
| A-74. Aparte de la información que ya ha proporcionado-¿hay un número de teléfono y/o correo electrónico donde alguien puede ponerse en contacto con usted o dejarle un mensaje?   | Teléfono: _____<br>Correo Electrónico: _____<br>Contacto: _____<br>Relación: _____ |
| A-75. Administrador de Caso Asignado:  |  |
| A-76. Fecha para tomar la siguiente VI-SPDAT para juventud en edad de transición:  |  |
| A-77. Notas Adicionales:   |  |
|  |  |

**Revision History - VI-SPDAT For Transition Age Youth**

- 8/31/2017- Created hard copy VI-SPDAT for TAY from Next Step Tool for Homeless Youth.
- 8/31/2017- Added questions from ETO to hard copy VI-SPDAT for TAY.