

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

Pre entrevista para Familias (Español)

Numero de Encuesta/ID _____

Página #2. Información General

Entrevistador <i>(No EtO Entry)</i> _____		A-15. Papel del Entrevistador <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Guía del Consumidor
A-17. Fecha de la Encuesta _____	A-18. Fecha (Registro en HMIS) _____	A-19. <i>(opcional)</i> Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____
A-20. Ubicación del participante en el Condado de Sonoma <input type="checkbox"/> Cotati/Rohnert Park <input type="checkbox"/> North County/Cloverdale <input type="checkbox"/> Healdsburg/Windsor <input type="checkbox"/> Petaluma/South County <input type="checkbox"/> Santa Rosa <input type="checkbox"/> Sonoma Valley <input type="checkbox"/> West County		A-21. Agencia Tomando la Encuesta <input type="checkbox"/> Buckelew <input type="checkbox"/> Catholic Charities <input type="checkbox"/> Cloverdale Wallace House <input type="checkbox"/> Community Development Commission <input type="checkbox"/> COTS Petaluma <input type="checkbox"/> Social Advocates for Youth <input type="checkbox"/> Sonoma County DA Homeless Victims <input type="checkbox"/> The Living Room <input type="checkbox"/> West County Community Services <input type="checkbox"/> West County Health <input type="checkbox"/> Sober Sonoma <input type="checkbox"/> Interfaith Shelter Network <input type="checkbox"/> Reach for Home
A-24. ¿En qué idioma (además de inglés y español) se siente más cómodo hablando?		_____

Página #3. Hijos	RESPUESTA
A-25. ¿Número total de hijos menores de 18 años que están actualmente con el jefe o los jefes del hogar?	_____
A-26. ¿Cuántos hijos menores de 18 años no están actualmente con su familia pero cree que vivirán con usted cuando tenga hogar?	_____

A-27. Hijos	Notas <i>(opcional)</i>			
Apellido	Primer Nombre	Edad	Sexo <i>(circule)</i>	
			H M O	
			H M O	
			H M O	

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

Pre entrevista para Familias (Español)

		H M O	
		H M O	
		H M O	
		H M O	
		H M O	
I-6. ¿Esta algún miembro de la familia actualmente embarazada?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-7. ¿Está la participante embarazada?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-8. Es este participante parte de una familia de padre soltero/a? <i>(si hay un miembro embarazada)</i>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-9. Si es familia de un solo padre – ¿hay por lo menos dos (o más) niños?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-10. Si es familia de un solo padre – ¿hay por lo menos un niño mayor de 11 años?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-12. ¿Es este participante parte de una familia de dos padres?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-13. Si es una familia de dos padres-¿hay más de 3 niños menores de 18 años?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>
I-14. Si es familia de dos padres – ¿hay por lo menos un niño de 6 años o menor?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rehúsa <input type="checkbox"/>

Página #4. A. FALTA DE VIVIENDA/HISTORIAL DE VIVIENDA

PREGUNTA	RESPUESTA	REHUSA
I-15. ¿Por cuánto tiempo ha estado viviendo su familia en las calles o en albergues? <i>(en meses)</i>		<input type="checkbox"/>
I-16. En los últimos 3 años, ¿cuántas veces ha tenido usted y su familia una vivienda y se han quedado sin hogar nuevamente?		<input type="checkbox"/>

Página #5 B. RIESGOS

Guion: Le voy a hacer unas preguntas sobre la interacción de usted y sus familiares con servicios de salud y emergencia. Si necesita ayuda averiguando lo que sucedió en los últimos 6 meses por favor dígamelo.

PREGUNTA	RESPUESTA	REHUSA
I-18. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha ido o han ido sus familiares a la sala de emergencia?		
I-19. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha tenido o han tenido sus familiares interacciones con la policía?		

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

Pre entrevista para Familias (Español)

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSA
I-20. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha ido o han ido los miembros de su familia al hospital en ambulancia?			
I-21. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha usado o han usado los miembros de su familia el servicio de crisis incluyendo, centros de angustia o las líneas directas para prevención de suicidio?			
I-22. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha sido o han sido hospitalizado/s usted o los miembros de su familia como paciente/s incluyendo hospital para salud mental?			
I-25. ¿Ha sido atacado o golpeado usted o los miembros de su familia alguna vez, desde que se ha/n quedado sin hogar?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-26. ¿Usted o los miembros de su familia han amenazado o intentado lastimarse o lastimar alguien más en el último año?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-28. ¿Usted o unos de los miembros de su familia tienen asuntos legales pendientes en este momento que podrían resultar en encarcelamiento o tener que pagar multas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-30. ¿Hay alguien que lo obliga o engaña a usted o algún miembro de su familia para hacer cosas que usted no desea hacer?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-31. ¿Usted o algún miembro de su familia hace cosas que pueden ser consideradas riesgosas como intercambiar sexo por el dinero, traficar drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que realmente no conoce, compartir una aguja, o algo así?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-32. Voy a leer lugares en donde gente duerme. Por favor dígame en cuál de todos duerme usted y su familia con más frecuencia. <i>(Marque solo una)</i>	<input type="checkbox"/> Alberque <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Caro, Minivan, o Vehículo de Recreación <input type="checkbox"/> Autobús o El Metro <input type="checkbox"/> Parque, playa, campamento Otro lugar en donde durmió (Especifique:) I-33. Otro lugar <hr style="width: 100%;"/>		

Página #6. C: SOCIALIZACIÓN/FUNCIONES DIARIAS

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSA
I-35. ¿Hay alguien que cree que usted o los miembros de su familia les debe dinero?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-36. ¿Tiene la familia un ingreso regular? Como un trabajo, beneficio del Gobierno o aun trabajando bajo la mesa, reciclando, trabajo sexual, pequeños trabajos, trabajo diurno o algo así.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pre entrevista para Familias (Español)

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSA
I-37. ¿Tiene su familia dinero suficiente para cubrir todos sus gastos mensuales?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-39. ¿Usted y cada miembro de la familia han planeado actividades cada día, aparte de solo sobreviviendo lo que les da felicidad y satisfacción?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-41. ¿Tiene usted o los miembros de su familia, amigos, familiares u otra gente en su vida por conveniencia o necesidad pero le desagrada su compañía?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-42. ¿Tiene usted o los miembros de su familia amigos, familiares u otra gente en su vida que le quitan el dinero, constantemente piden cigarrillos, usan sus drogas, se toman su alcohol o lo obligan hacer cosas que usted/s no desean hacer?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-44. Entrevistador, ¿detecta usted señales de mala higiene y destrezas pobres de la vida diaria? (Ignora si es entrevista por teléfono)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Page #7. D. BIENESTAR			
GUIÓN: <i>Ahora, le voy a hacer unas preguntas sobre su salud.</i>	RESPUESTA		
I-46. ¿Dónde va usted y los miembros de su familia usualmente para cuidado de salud cuando no se siente bien?	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> No va para el cuidado <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) I-47. _____		
GUIÓN: <i>¿Tiene usted ahora, ha tenido, o le ha dicho un proveedor de salud que usted o los miembros de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?</i>	RESPUESTA	REHUSO	
I-49. Enfermedad de riñón/ etapa final de enfermedad renal o diálisis	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-50. Historia de congelación, hipotermia o inmersión del pie	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-51. Enfermedad del hígado, cirrosis, o etapa final de enfermedad del hígado	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-52. VIH+/SIDA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-58. Historia de la Insolación/ Agotamiento por calor	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-59. Enfermedad del Corazón, arritmia o palpitación irregular	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pre entrevista para Familias (Español)

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSA
I-60. Enfisema	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-61. Diabetes	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-62. Asma	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-63. Cáncer	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-64. Hepatitis C	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-65. Tuberculosis	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO OBSERVACION – NO PREGUNTE: I-66. ¿Entrevistador, observa señales o síntomas de una condición de salud grave? <i>(211 entrevista por teléfono, ignore esta pregunta)</i>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
I-68. ¿Alguna vez ha tenido usted o un miembro de la familia un uso problemático de drogas o alcohol, abusado de drogas o alcohol o le han dicho que lo tiene?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-69. ¿Usted o algún miembro de su familia ha consumido alcohol y/o drogas casi todos los días o todos los días en el último mes?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-70. ¿Usted o algún miembro de su familia ha usado drogas inyectables en los últimos seis meses?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-71. ¿Alguna vez lo han tratado a usted o algún miembro de su familia por problemas de drogas o alcohol y volvió a tomar o a usar drogas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-72. ¿Usted o un miembro de su familia ha usado bebidas sin alcohol (como jarabe para la tos, alcohol untado, vino para cocinar o algo similar) en el último meses?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-73. ¿Alguna vez se ha desmayado usted o algún miembro de su familia por su uso de alcohol o drogas en el último mes?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-74. ¿Algún miembro de su familia bajo la edad legal para beber ha consumido alcohol cuatro veces o más en el último mes o usado drogas en algún punto en el último mes- incluyendo marihuana y medicamentos recetados para intoxicarse?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
SOLO OBSERVACION – NO PREGUNTE: I-75. ¿Entrevistador, observa señales o síntomas de un uso problemático de drogas o alcohol? <i>(para 211 o entrevistas por teléfono ignore esta pregunta)</i>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
I-77. ¿Alguna vez lo han llevado a usted o a un miembro de su familia al hospital contra su voluntad por razones de salud mental?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pre entrevista para Familias (Español)

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSA
I-78. ¿Alguna vez ha ido usted o un miembro de su familia a la sala de emergencia porque no se sentía 100 por ciento bien emocionalmente o por sus nervios?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-79. ¿Alguna vez ha hablado usted o un miembro de su familia con un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional relacionado a la salud mental en los últimos seis meses por su salud mental- Si fue voluntario o porque alguien insistió que lo hiciera?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-80. ¿Ha tenido usted o un miembro de su familia una lesión cerebral grave o traumatismo craneal?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-81. ¿Alguna vez le han dicho a usted o un miembro de su familia que tiene una discapacidad de aprendizaje o de desarrollo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-82. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia problemas con concentración y/o recordando cosas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-83. Entrevistador, ¿observa señales o síntomas graves, persistentes de enfermedad mental o funcionamiento cognitivo seriamente comprometido? <i>(211 o entrevistas por teléfono ignore esta pregunta)</i>	SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
<i>(Entrevistador, si el demandado responde si a cualquier pregunta I-76 a I-82 haz esta pregunta)</i> I-85. Usted indico en sus respuestas que hay una condición médica, una experiencia con servicios de salud mental, y servicios de abuso de sustancias. ¿Es el mismo miembro de su familia en todos esos casos?	SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
I-87. ¿Usted o un miembro de su familia ha tenido medicamentos recetados por un doctor que no tomé, vende, han sido robados, extravió, o las recetas nunca fueron surtidas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-89. Sí o No – ¿Usted o un miembro de su familia ha sufrido algún tipo de abuso emocional, físico, psicológico, sexual o algún otro tipo de abuso o trauma por el cual no busco ayuda, y/o ha causado falta de vivienda?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Página #8. E: UNIDAD FAMILIAR

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSO
I-91. ¿Alguno de sus hijos pasa dos horas o más al día y usted no sabe dónde están?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-92. La mayoría de los días, ¿los niños hacen tareas que los adultos normalmente harían como preparar alimentos, preparar a otros niños para dormir, ir de compras, limpiar el hogar o cosas así?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pre entrevista para Familias (Español)

PREGUNTA	RESPUESTA		REHUSO
I-94. ¿Cuál es el número total de las veces durante el último año que los adultos en la familia han cambiado por razones como una nueva relación o rompimiento de una relación, la prisión, despliegue militar o algo así?			
I-95. ¿Cuál es el número total de veces que los niños han sido separados de la familia o regresado con la familia durante el último año?			
I-97. ¿Hay algún niño de edad escolar que no esté matriculado en la escuela o que falte más días del año escolar que los que asisten?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-98. ¿En este momento o en cualquier punto de los últimos seis meses han sido separados algunos de sus hijos de usted para vivir con un miembro de la familia o un amigo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-100. ¿Ha habido algún tipo de interacción con algún miembro de su familia y servicios de protección infantil en los últimos seis meses, incluso si fue resuelto?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-101. ¿Ha tenido algo en el tribunal de familia durante los últimos seis meses o algo actualmente se está estudiando en la corte familiar?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-103. ¿Ha sido diagnosticado usted o algún miembro de su familia con uno o más de los siguientes? ¿Discapacidad de Desarrollo, VIH/SIDA, Condición de salud física o crónica, salud mental, abuso de sustancias?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-104. ¿Tiene un diagnóstico de Salud Mental documentado?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUIÓN: Finalmente, me gustaría preguntarle para poder entender mejor la falta de vivienda y mejorar la vivienda y los servicios de apoyo.

Página #9. Misceláneo

<p>I-105. (En caso afirmativo, este participante sirvió en el ejército) ¿En qué era de guerra/ guerra sirvió?</p>	<input type="checkbox"/> Segunda Guerra Mundial <input type="checkbox"/> Guerra de Corea (Junio 1950-Enero 1955) <input type="checkbox"/> Época de Vietnam (Agosto 1964-Abril 1975) <input type="checkbox"/> Post-Vietnam (Mayo 1975-July 1991) <input type="checkbox"/> Era de Golfo Pérsico (Agosto 1991-Presente) <input type="checkbox"/> Afganistán (2001-Presente) <input type="checkbox"/> Iraq (2003-Presente) <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) I-105. _____ <input type="checkbox"/> Rehusó
---	--

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

Pre entrevista para Familias (Español)

I-106. Si contesto sí a veterano, ¿cuál era el carácter de la descarga?	<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> Aparte de honorable <input type="checkbox"/> Mala Conducta <input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Rehusó
I-107. ¿Dónde vivía antes de que se quedara sin hogar?	<input type="checkbox"/> Condado de Sonoma <input type="checkbox"/> Lado Norte de California <input type="checkbox"/> Otra parte de CA <input type="checkbox"/> Otro (Especifique :) I-107. _____
I-110. ¿Alguna vez ha estado en cuidado de crianza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-111. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-112. ¿Alguna vez ha estado en la prisión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-113. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia incapacidad permanente que limita su movilidad? (es decir silla de ruedas, amputación, incapaz de subir escaleras)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-114. Si respondió sí, por favor anote las restricciones (es decir, solo cama litera inferior, acceso para sillas de ruedas etc.): _____	
I-115. Si es enviado a un alberque de emergencia, ¿necesitara una cama litera arriba o abajo?	<input type="checkbox"/> Litera Arriba <input type="checkbox"/> Litera Abajo
I-116. 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
I-117. ¿Tiene un animal de servicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-118. ¿Si tiene un animal, tuvo algo que ver con que se convirtiera en vagabundo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó
I-119. ¿Hay alguna área en el condado de Sonoma en donde prefiere vivir?	<input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guerneville/North Coast <input type="checkbox"/> Santa Rosa <input type="checkbox"/> Cloverdale/Healdsburg <input type="checkbox"/> Petaluma <input type="checkbox"/> Sonoma Valley
I-120. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Marque todos los que aplican)	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro (c): _____
I-121. En un día regular, ¿En dónde es más fácil de encontrarlo o qué hora del día es más fácil encontrarlo? (Nota: Mientras trabaja en EtO – el número de teléfono y correo electrónico del participante se mostrara directamente sobre esta sección – agregue información adicional a esta área que le ayudara a localizar al participante como la ubicación actual del refugio y su dirección de correo, etc.)	

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

Pre entrevista para Familias (Español)

I-124. Aparte de la información que ya ha proporcionado- ¿Hay algún otro número de teléfono y/o correo electrónico donde alguien puede ponerse en contacto con usted o dejarle un mensaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/>
I-125. Census Tract <i>(Opcional – no lo use si es por teléfono)</i>	<hr/>