

## Índice de Vulnerabilidad Individual

### Introducción

Los distintos programas de vivienda de Chicago ofrecen diferentes tipos de apoyos. Esta evaluación ayudará a determinar qué programa de vivienda se ajustará mejor a sus necesidades. Le haré preguntas relacionadas con sus experiencias de salud. Algunas preguntas son de naturaleza personal y pueden ser difíciles de responder. Si no se siente cómodo respondiendo a una pregunta, solicite que nos saltemos la siguiente pregunta. La información que suministre será utilizada para establecer su elegibilidad para programas de vivienda y el nivel de intervención requerido.

Si alguna de las preguntas es confusa o no sabe cómo contestarla, siéntase en libertad de preguntar y con gusto la aclararé.

De usted depende qué tan honesto es en esta encuesta, entre más honesto sea, mejor podremos determinar cuál es el programa correcto y darle apoyo para encontrar una vivienda estable.

### VI Preguntas

#### Duración de la indigencia

1. ¿Durante cuántos días en total ha vivido en las calles o en un albergue?

\_\_\_\_\_

#### Discapacidad y hospitalizaciones

2. Esta pregunta se refiere a condiciones que le incapaciten, lo que significa cualquier condición que limite su capacidad de trabajar o desempeñar actividades diarias. Algunos ejemplos incluyen desordenes por abuso de sustancias, trastorno mental de gravedad, discapacidad del desarrollo, o enfermedad física crónica. **¿Ha sido diagnosticado con alguna condición que lo discapacite?**

- Sí \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
El cliente no sabe \_\_\_\_\_  
El cliente se rehusó \_\_\_\_\_  
No se obtuvo información \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, responda a la pregunta 1a. Si la respuesta fue cualquier otra, continúe a la pregunta 2.

2a. De ser así, ¿Le gustaría obtener ayuda para acceder a la documentación de algún doctor u otro profesional médico acerca de la condición que lo incapacita?

- Sí \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas veces ha estado en la sala de emergencias en los últimos tres meses?

\_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas veces ha sido internado en un hospital en el último año?

\_\_\_\_\_

**Asistencia médica física**

5. ¿Tiene, o alguna vez ha tenido, o algún proveedor de servicios de salud le ha dicho que tiene, alguna de las siguientes afecciones médicas?

*Enfermedad renal/enfermedad renal en etapa terminal o de diálisis*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Antecedentes de congelación, hipotermia o pie de inmersión*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Antecedentes de insolación/golpe de calor*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Enfermedades del hígado, cirrosis o enfermedad hepática en fase terminal*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Enfermedades cardíacas, arritmia o latidos irregulares*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*VIH o SIDA*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Enfisema*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Diabetes*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Asma*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Cáncer*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Hepatitis C*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

*Tuberculosis*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

**Uso de sustancias y salud mental**

6. ¿Alguna vez ha abusado de las drogas/alcohol, o le han dicho que abusa de estas sustancias?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

7. ¿Ha consumido alcohol todos los días durante el último mes?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información \_\_\_

8. ¿Alguna vez ha utilizado fármacos inyectables o inyecciones?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ El cliente no sabe \_\_\_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información\_\_\_

9. ¿Alguna vez se ha sometido a tratamientos por abuso de drogas o alcohol?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ El cliente no sabe\_\_\_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información\_\_\_

10. ¿Actualmente o en alguna ocasión ha recibido tratamiento por problemas de salud mental?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ El cliente no sabe\_\_\_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información\_\_\_

11. ¿Alguna vez lo llevaron al hospital en contra de su voluntad por razones de salud mental?

Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ El cliente no sabe\_\_\_\_\_ El cliente se rehusó \_\_\_ No se obtuvo información\_\_\_