

Nombre de Paciente: _____

Name

Barreras Barriers	(Marque uno) Sí o No (Mark one) Yes or No
Historia de desalojo History of Eviction	☐ Sí ☐ No
Convicción de felonía Felony Conviction	☐ Sí ☐ No
Ingresos bajos Low income	☐ Sí ☐ No
Escasez de ingresos estables o trabajo de tiempo completo Lacks steady, full-time employment	☐ Sí ☐ No
Menos educación que el bachillerato o GED Less than high school or GED education	☐ Sí ☐ No
Dominio limitado del inglés Limited English proficiency	☐ Sí ☐ No
No automóvil o insuficiente acceso al transporte público No car and no/inadequate access to public transportation	☐ Sí ☐ No
Falta de cuidado de niños Lack of child care	☐ Sí ☐ No
Ausencia de historial de trabajo Lack of work history	☐ Sí ☐ No
Usted se reusa a usar servicios Denial that services are needed	☐ Sí ☐ No
Falta de sistema de apoyo Lack of a support system	☐ Sí ☐ No
Enfermedad mental no tratada/ No toma sus medicamentos Untreated mental illness/ Not taking meds	☐ Sí ☐ No
No tener conocimiento de recursos Not knowing resources	☐ Sí ☐ No
Inelegible para programas públicos Ineligible for Public Programs	☐ Sí ☐ No
No hay teléfono No Phone	☐ Sí ☐ No
Inestabilidad de vivienda Unstable Living	☐ Sí ☐ No
Abuso Abuse	☐ Sí ☐ No
Trauma Trauma	☐ Sí ☐ No
Abuso de sustancias químicas	☐ Sí ☐ No

Chemical Abuse	
Discapacidad de desarrollo Developmental Disability	☐ Sí ☐ No
VIH/SIDA HIV/AIDS	☐ Sí ☐ No
Enfermedad mental Mental Illness	☐ Sí ☐ No
Físico/Médico (no necesita tener accesibilidad a estas ventajas) Physical /Medical (no accessibility features required)	☐ Sí ☐ No
Limitación Física/ Limitación de Movilidad (necesita tener acceso a estas ventajas) Physical/Mobility Limits (accessibility features required)	☐ Sí ☐ No
Diagnóstico Doble (Enfermedad Mental/Dependencia Química) Dual Diagnosis (MI/CD)	☐ Sí ☐ No
Impedimento para oír Hearing Impaired	☐ Sí ☐ No
Impedimento para ver Vision Impaired	☐ Sí ☐ No
Otro Impedimento (para hablar) Other (Speech) Impaired	☐ Sí ☐ No