

Nombre de Paciente: _____

Name

Barreras Barriers	(Marque uno) Sí o No (Mark one) Yes or No	
Historia de desalojo History of Eviction	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convicción de felonía Felony Conviction	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ingresos bajos Low income	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Escasez de ingresos estables o trabajo de tiempo completo Lacks steady, full-time employment	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Menos educación que el bachillerato o GED Less than high school or GED education	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dominio limitado del inglés Limited English proficiency	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No automóvil o insuficiente acceso al transporte público No car and no/inadequate access to public transportation	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Falta de cuidado de niños Lack of child care	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ausencia de historial de trabajo Lack of work history	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Usted se reusa a usar servicios Denial that services are needed	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Falta de sistema de apoyo Lack of a support system	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad mental no tratada/ No toma sus medicamentos Untreated mental illness/ Not taking meds	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No tener conocimiento de recursos Not knowing resources	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inelegible para programas públicos Ineligible for Public Programs	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No hay teléfono No Phone	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inestabilidad de vivienda Unstable Living	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Abuso Abuse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trauma Trauma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Abuso de sustancias químicas Chemical Abuse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad de desarrollo Developmental Disability	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH/SIDA HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad mental Mental Illness	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Físico/Médico (no necesita tener accesibilidad a estas ventajas) Physical/Medical (no accessibility features required)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Limitación Física/ Limitación de Movilidad (necesita tener acceso a estas ventajas) Physical/Mobility Limits (accessibility features required)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diagnóstico Doble (Enfermedad Mental/Dependencia Química) Dual Diagnosis (MI/CD)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Impedimento para oír Hearing Impaired	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Impedimento para ver Vision Impaired	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro Impedimento (para hablar) Other (Speech) Impaired	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No