



Formulario de Referencia de Refugio Para Personas Experimentando Falta de Vivienda

Para preguntas, envíe un correo electrónico a: COVID-19HomelessResponse@santacruzcounty.us
Responderemos a las solicitudes de referencia en un día hábil

Fecha y Hora de Referencia: _____

Referido por: _____
Nombre Organización/Refugio Número de Teléfono

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Lenguaje Hablado: _____ Fecha de Inicio del Síntoma (si corresponde): _____

Nivel de Prioridad del Cliente (Tenga en cuenta que las personas con prioridad 4 solo se aceptan según lo permita el espacio/necesidad):

- PRIORIDAD 1 - Personas que experimentan falta de vivienda **confirmadas como COVID-19 positivas**
- PRIORIDAD 2 - Personas que experimentan la falta de vivienda que se **presume COVID-19 positivo** (El cliente tiene síntomas de COVID-19 y ha estado en contacto conocido con individuos positivos con COVID-19)
- PRIORIDAD 3 - Las personas que la salud pública aconsejaría la cuarentena por cualquiera de lo siguiente (marque solo uno):
 - El cliente tiene síntomas de COVID-19
 - El cliente ha tenido un contacto significativo con individuos positivos con COVID-19
- PRIORIDAD 4 - Personas que viven en la calle y son **personas de la tercera edad (mayores de 65 años) o médicamente vulnerable**. Explique la vulnerabilidad médica del cliente:

- PRIORITY 5 - Todas las demás personas sin hogar que no cumplen con los criterios requeridos para prioridades del 1 al 4.

Ubicación del Cliente: ¿Dónde se puede encontrar al cliente para que pueda ser transportado a una ubicación de Refugio? Sea lo más descriptivo posible, use el reverso del formulario si necesita espacio adicional:

Teléfono del Cliente: _____ Correo Electrónico del Cliente: _____

Alguien que puede transmitir mensajes al cliente: _____
Nombre Número de Teléfono

Para los clientes de prioridad 4, enumere todas las personas con las que el cliente podría compartir una habitación de hotel. Use el reverso del formulario si necesita espacio adicional.

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Tiene/Tendrá Referencia

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Tiene/Tendrá Referencia



Formulario de Referencia de Refugio Para Personas Experimentando Falta de Vivienda

Para preguntas, envíe un correo electrónico a: COVID-19HomelessResponse@santacruzcounty.us
Responderemos a las solicitudes de referencia en un día hábil

Condición Médica/Necesidades

Resumen de problemas médicos y problemas:

Discapacidades Físicas: _____ Problemas de Salud Crónicos: _____

Problemas de Comunicación (audición, visión): _____ TBI o Problemas Cognitivos: _____

¿El cliente requiere unidad ADA? Si No Fuma el cliente? Si No

Alergias conocidas (medicamentos, alimentos, otros): _____

Dispositivos de Ayuda: Si: _____ No Requiere Insulina: Si No

Autocuidado: Si No ¿Incontinente? Si No Requisitos Especiales Medicos: _____

Diagnóstico o Preocupaciones de Salud Mental: Si: _____ No

Problemas Conocidos de Abuso de Sustancias: Si: _____ No

Persona Bajo Investigación? Si No Mascota? Si No En caso afirmativo, qué tipo: _____

¿Prefieres el Norte o el Sur del condado? Norte Sur Sin preferencias

Equipo de Atención/Apoyo

Médico de Atención Primaria: _____ Número de Teléfono: _____

Trabajador Social: _____ Número de Teléfono: _____

Administrador de Caso: _____ Número de Teléfono: _____

Terapeuta/Psiquiatra: _____ Número de Teléfono: _____

Programa de Trata: _____ Número de Teléfono: _____

Seguro (si se conoce): _____

Información Adicional - Use este espacio para escribir cualquier otra cosa pertinente para saber para esta referencia:
