

CONDADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA AGENCIA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PROGRAMA: \_\_\_\_\_

**Balance del Estado de PA 2026: Encuesta puntual sobre las personas en situación de calle — 21-01-2026**  
**Formulario de entrevistas — REFUGIO DE EMERGENCIA**

**Preguntas de la entrevista**

1. ¿Ya alguna persona contestó el formulario de entrevista con usted?  Sí  No
  - Si la entrevista se la hizo alguien en este refugio (por favor no continúe la encuesta)
  - Si la entrevista se la hicieron en otro lugar, ¿dónde fue? \_\_\_\_\_
2. Incluyéndose, ¿cuántos adultos y niños hay en su grupo familiar que dormirán en este refugio esta noche?  
 # de adultos (mayores de 18 años) = \_\_\_\_\_ # niños (menores de 18 años) = \_\_\_\_\_
3. Indíqueme la siguiente información sobre cada integrante del grupo familiar que dormirá en este refugio con usted esta noche: (Anexe formularios adicionales si hay más de cinco personas en el grupo familiar):

**NOTA para el entrevistador:** Si no se contesta alguna de las preguntas relacionadas con la edad, seleccione una respuesta con base en su observación.

# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Indique la EDAD de cada integrante del grupo familiar.

Edad: _____ Si la está estimando:				
<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54
<input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64				
<input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más	<input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más	<input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más	<input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más	<input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más
<input type="checkbox"/> 35-44				

Especifique la RAZA/ETNICIDAD de cada integrante del grupo familiar. (Seleccione todas las opciones que correspondan.)

<input type="checkbox"/> Blanco				
<input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano				
<input type="checkbox"/> Hispano / latino				
<input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano				
<input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano				
<input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico

Por favor indique el GÉNERO de cada integrante del grupo familiar. (Seleccione todas las opciones que correspondan.)

<input type="checkbox"/> Mujer / niña				
<input type="checkbox"/> Hombre / niño				
<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)	<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)	<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)	<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)	<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)
<input type="checkbox"/> Transgénero				
<input type="checkbox"/> No binario				
<input type="checkbox"/> En exploración				
<input type="checkbox"/> Otra identidad				

**Instrucciones:** Haga todas las preguntas restantes solo a los **integrantes adultos del grupo familiar y/o a menores de 18 años de edad si son la cabeza del grupo familiar**

¿Cuándo fue la última vez en que durmió en alguna de las siguientes ubicaciones:

casa o apartamento, independientemente de que fuera de su propiedad o no o de que alguien más viviera allí? O una habitación de hotel pagada por usted, su familia o amigos?

<input type="checkbox"/> Hace menos de un año				
<input type="checkbox"/> Un año o más				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

En los últimos tres años, ¿durante cuántos períodos distintos ha dormido en un refugio, en la calle, en un automóvil, en el bosque/carpa o cualquier otra ubicación no destinada para dormir?

<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)
<input type="checkbox"/> 2 – 3 veces	<input type="checkbox"/> 2 – 3 veces	<input type="checkbox"/> 2 – 3 veces	<input type="checkbox"/> 2 – 3 veces	<input type="checkbox"/> 2 – 3 veces
<input type="checkbox"/> 4 veces o más	<input type="checkbox"/> 4 veces o más	<input type="checkbox"/> 4 veces o más	<input type="checkbox"/> 4 veces o más	<input type="checkbox"/> 4 veces o más
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

# 1 Iniciales:	# 2 Iniciales:	# 3 Iniciales:	# 4 Iniciales:	# 5 Iniciales:
<b>(SI ESTUVO EN SITUACIÓN DE CALLE 4 VECES O MÁS): En los últimos tres años, ¿cuántos meses en total ha dormido en un refugio, en la calle, en un automóvil, en el bosque o cualquier otro lugar no protegido?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses
<input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 12 meses o más
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica

**Instrucciones:** Por motivos de seguridad, no haga la siguiente pregunta delante de dos adultos que se hayan identificado como integrantes del mismo grupo familiar; si dos o más adultos hacen la entrevista conjuntamente, salte esta pregunta.

¿Tuvo que dejar el lugar donde se quedó por última vez debido a que alguien le hizo sentirse inseguro? ¿Siente que no puede regresar allí porque se siente inseguro?  Sí  No  No se preguntó

**Si contestó que sí se sentía inseguro**, haga la siguiente pregunta: ¿Le gustaría conversar con alguien que pueda hablarle sobre cómo incrementar su seguridad? En caso afirmativo, dirija a esta persona a la Línea de Ayuda Telefónica Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233

**Si contestó que sí se sentía inseguro:** Gracias por informármelo. Tengo una serie de preguntas sensibles adicionales que debo hacerle. ¿Está de acuerdo o siente que contestar preguntas adicionales pondría en peligro su seguridad?

Sí; puede continuar.  No, no me siento seguro contestando preguntas adicionales; (dele las gracias a esta persona y finalice la encuesta).

**Si no hizo la pregunta de seguridad o la persona no indicó que se sentía insegura:** El siguiente conjunto de preguntas indaga sobre temas sensibles. No está obligado a contestar todas las preguntas, sin embargo sus respuestas se combinarán con las de otras personas que participan en la encuesta y se usarán para ayudar a suministrar mejores programas y servicios a personas que estén en situación de calle.

**¿Consumo bebidas alcohólicas o drogas (de prescripción médica o ilegales por motivos que no sean médicos)?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**¿Tiene alguna condición de salud mental (como depresión, ansiedad, esquizofrenia)?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**¿Tiene alguna discapacidad física? ¿Esto pudiera incluir algo que limite sustancialmente una o más actividades físicas básicas como caminar, subir escaleras, alcanzar cosas elevadas, levantar o llevar cosas?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**¿Algunas de las situaciones que recién discutimos evitan que usted permanezca en un trabajo o que viva en una vivienda estable?**

<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga				
<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental				
<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar				

**¿Se le ha diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**¿Tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**¿Prestó SERVICIO MILITAR ACTIVO como integrante del Ejército, la Marina, el cuerpo de Marines, la Fuerza Aérea, los Guardacostas, la Guardia Nacional o la Reserva?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar

**Para personas con servicio militar anterior**, pregunte lo siguiente: ¿Le gustaría que le diéramos el nombre de una persona que trabaja con veteranos para suministrar recursos de vivienda?

➤ En caso afirmativo, dirija a este veterano al Centro de Ayuda Telefónica Nacional para Veteranos en Situación de Calle al 1-877-4AID-VET