

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

- ¿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? _____
- 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) = _____
- 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"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44	Edad: _____. Si la está estimando: <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"/> 35-44	Edad: _____. Si la está estimando: <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"/> 35-44	Edad: _____. Si la está estimando: <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"/> 35-44	Edad: _____. Si la está estimando: <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"/> 35-44
---	---	---	---	---

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

<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 hawaiano o de las islas del Pacífico	<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 hawaiano o de las islas del Pacífico	<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 hawaiano o de las islas del Pacífico	<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 hawaiano o de las islas del Pacífico	<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 hawaiano o de las islas del Pacífico
--	--	--	--	--

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

<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <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	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <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	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <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	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <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	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <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"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<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"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <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"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
--	--	--	--	--

# 1 Iniciales:	# 2 Iniciales:	# 3 Iniciales:	# 4 Iniciales:	# 5 Iniciales:
(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?				
<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí; puede continuar. <input type="checkbox"/> 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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	<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	<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	<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	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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				