

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

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 está estimando la edad: <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 está estimando la edad: <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 está estimando la edad: <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 está estimando la edad: <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 está estimando la edad: <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

Instrucciones: Por motivos de seguridad, no haga la siguiente pregunta en frente de dos adultos que se hayan identificado como parte del mismo grupo familiar. Si se está entrevistando conjuntamente a dos adultos a más, omita 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.

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

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

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga
<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental
<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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

¿Se le ha diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<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**