

CONDADO: _____

Nombre del entrevistador / número del equipo: _____

Fecha / hora: _____

Balance del Estado de PA 2026: Encuesta puntual sobre las personas en situación de calle — 21-01-26

PRESENTACIONES

Hola, soy (preséntese usando su primer nombre). Estamos realizando una encuesta para contabilizar a las personas que están en situación de calle con el fin de aprender más sobre las personas que están en situación de calle, a qué tipos de problemas se enfrentan y comprender mejor qué servicios se necesitan para abordar la situación de calle. Su participación es voluntaria y su respuesta a cada pregunta es voluntaria. Le pediré las iniciales de su nombre y su edad, pero no necesitaré su nombre, fecha de nacimiento, número de seguridad social ni cualquier otra información que pudiera servir para identificarlo. Las respuestas a estas preguntas no se compartirán con nadie fuera de nuestro equipo. Debo leerle cada pregunta por completo.

PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA

1. ¿Puedo contar con 10 minutos de su tiempo?
 Sí → Continúe a la segunda pregunta
 No → Si la persona no desea contestar la encuesta, o está dormida, complete la sección "Solo observación" abajo.
2. ¿Algún otro voluntario o trabajador de la encuesta ya le hizo las preguntas sobre dónde pernoctará esta noche?
 Sí (no siga con la encuesta) No (continúe a la tercera pregunta)
3. ¿Dónde dormirá/durmió la noche del 21 de enero (inserte: esta noche o anoche)?

LUGARES NO PROTEGIDOS:	LUGARES PROTEGIDOS:
<input type="checkbox"/> Calle / acera <input type="checkbox"/> Vehículo (automóvil, camioneta van casa rodante, camión) <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Autobús / estación de tren / aeropuerto <input type="checkbox"/> Debajo de un puente / puente elevado <input type="checkbox"/> Sitio para acampar a la intemperie o bosque <input type="checkbox"/> Detrás de comercios o un centro comercial <input type="checkbox"/> Edificio abandonado <input type="checkbox"/> Otro. → Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia. Nombre: _____ <input type="checkbox"/> En un hotel / motel / pensión de alquiler de cuartos: _____ En caso afirmativo, quién pagó por la habitación: <input type="checkbox"/> Usted mismo / un amigo / un familiar (PARE. NO SIGA CON LA ENCUESTA*) <input type="checkbox"/> iglesia <input type="checkbox"/> organización de servicios/caridad <input type="checkbox"/> programa gubernamental <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro. → Especifique: _____ <input type="checkbox"/> En la casa de un familiar o amigo → <input checked="" type="checkbox"/> POR FAVOR MARQUE LA CASILLA, DELE LAS GRACIAS Y NO CONTINÚE CON LA ENCUESTA* <input type="checkbox"/> En una vivienda que alquilo/soy propietario → <input checked="" type="checkbox"/> POR FAVOR MARQUE LA CASILLA, DELE LAS GRACIAS Y NO CONTINÚE CON LA ENCUESTA*

SOLO OBSERVACIÓN. Entrevistador: Si no puede entrevistar a una persona/grupo familiar que usted considera que está en situación de calle, porque la persona/grupo

familiar está dormido o no puede o no desea que lo entrevisten o no desea completar toda la entrevista, por favor, proporcione la siguiente información de la mejor manera posible con base en lo que usted pueda observar sobre cada persona dentro del grupo familiar. (Se debe presentar por separado la encuesta de cada grupo familiar).

- **# adultos en el grupo familiar:**
 - **Edad estimada de los adultos (déjelo en blanco si no puede estimar las edades):**
entre 18-24 años = _____ # entre 25-34 años = _____ # entre 35-44 años = _____
entre 45-54 años = _____ # entre 55-64 años = _____ # de 65 o más años = _____
- **# niños (menores de 18) en el grupo familiar:** _____
- **Información detallada de cómo / por qué usted sabe que este grupo familiar está en situación de calle (REQUERIDO):** _____

- **Descripción de la ubicación, vestimenta y cualquier otra información que pudiera ayudar a asegurar que solo se cuente a este grupo familiar una vez (sea lo más específico posible) (REQUERIDO):** _____

4. Incluyéndose, ¿cuántos adultos hay en su grupo familiar, que dormirán en la misma ubicación esta noche?
5. ¿Cuántos niños (menores a 18 años de edad) hay en su grupo familiar, que dormirán en la misma ubicación esta noche? _____
6. Indíqueme la siguiente información sobre cada integrante del grupo familiar que durmió en esta misma ubicación al igual que usted anoche: (Anexe formularios adicionales si hay más de cinco personas en el grupo familiar).

	# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
¿Cuál es su relación con Persona # 1?	No se aplica	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otro, no familiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otro, no familiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otro, no familiar	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Otro, no familiar
¿Se quedará en la misma ubicación que Persona # 1 esta noche?	No se aplica	<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
Edad (Haga preguntas complementarias sobre la edad de los jóvenes de 24 años o menos en grupos familiares sin adultos de 25 años o más.)	¿Cuántos años tiene usted? _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más	¿Cuántos años tiene usted? _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más	¿Cuántos años tiene usted? _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más	¿Cuántos años tiene usted? _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más	¿Cuántos años tiene usted? _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más
¿Cuál es su raza/etnicidad? 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 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
Género 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"/> 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

7. Solo haga todas las preguntas restantes a los **integrantes adultos del grupo familiar y/o a menores de 18 años de edad si son la cabeza del grupo familiar:**

	# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
¿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"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Hace 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 de emergencia, en la calle, en un automóvil, en el bosque o en cualquier otro lugar identificado como "NO PROTEGIDO" en la pregunta 3?	<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
(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 otra ubicación identificada como "NO PROTEGIDO" en la pregunta 3?	<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 en frente de dos adultos que se hayan identificado como parte del mismo grupo familiar; si se está entrevistando conjuntamente a dos adultos o 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 con sus preguntas. No, no me siento seguro contestando preguntas adicionales.
(Dele las gracias a esta persona y finalice la encuesta).

Pregunte 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.

(Continuación)	# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
¿Consumió 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 <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
• En caso afirmativo, ¿cuáles situaciones evitan que usted permanezca en un trabajo o que viva en una vivienda estable? (Marque todas las que correspondan).	<input type="checkbox"/> Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física
¿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
<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso afirmativo, dirija a este veterano al Centro de Ayuda Telefónica Nacional para Veteranos en Situación de Calle al 1-877-4AID-VET 					
<p>¿Hay alguna otra cosa que le gustaría contarme sobre su experiencia habitacional?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>					