

LISTA DE VERIFICACIÓN DE VISITA A DOMICILIO
HOME VISIT CHECKLIST

FOR AGENCY USE ONLY

Client ID No.

Case ID No.

	Detalles sobre la visita	Notas	Fecha de la visita
☐	Primera visita Fecha programada: _____ Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____ ¿Se firmó el acuerdo de participación? ☐ Sí ☐ No		
☐	Segunda visita Fecha programada: _____ Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Tercera visita Fecha programada: _____ Lugar: ☐ En persona ☐ Virtual Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Cuarta visita Fecha programada: _____ Lugar: ☐ En persona ☐ Virtual Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Quinta visita Fecha programada: _____ Lugar: ☐ En persona ☐ Virtual Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Sexta visita Fecha programada: _____ Lugar: ☐ En persona ☐ Virtual Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Seguimiento de dos semanas Fecha programada: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	Seguimiento de tres meses Fecha prevista: _____ Lugar: ☐ En persona ☐ Virtual ☐ Teléfono Bienes duraderos proporcionados: _____ Duración (horas o minutos): _____		
☐	¿Se refirió al cliente al Asthma-Safe Homes Part B? ☐ Sí ☐ No Nombre del arrendador: _____ Teléfono del arrendador: _____ Correo electrónico del arrendador: _____		
☐	¿Se refirió al cliente al Lead-Safe Homes Program? ☐ Sí ☐ No		
☐	¿Se refirió al cliente para que reciba otros recursos o participe en otros programas? ☐ Sí ☐ No		