



Cuestionario de Familia



NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

1. ¿Que relación tiene usted con el niño/a que va a estar en tratamiento? _____

(e.g. madre, padre, tía, padre/madre foster, padres adoptivos).

2. Por favor escoja la mejor respuesta que indique el estado de su relación con el niño/a.

- El niño/a siempre ha vivido conmigo
- El niño/a ha vivido conmigo desde _____(fecha)
- Tengo custodia parcial: _____ días por semana
- Este niño/a ha vivido conmigo desde (fecha) _____pero lo separaron de mi desde _____hasta _____(fechas)
- Me permiten visitarlo _____horas a la semana

3. ¿Cuantos años tiene usted? _____

4. ¿Con que grupo étnico se identifica Ud. mejor?

- Afro-Americano
- Asiático-Americano
- Blanco/No-Latino
- Hispano/Latino
- Americano Nativo
- De las Islas Pacíficas
- Otro _____

5. ¿Cuál es su estado matrimonial actual? (Por favor marque uno solamente)

- Soltero/a
- Casado/a
- Conviviente
- Separado
- Divorciado
- Viudo/a

6. ¿Cuantos años de escuela ha terminado? _____

7. ¿Cuál es su trabajo en el presente (por favor marque uno solamente)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> padre/madre foster por tiempo completo | <input type="checkbox"/> estudiante |
| <input type="checkbox"/> empleado _____ horas a la semana (que clase de trabajo hace Ud.? _____) | <input type="checkbox"/> ama de casa |
| <input type="checkbox"/> desempleado, buscando trabajo | <input type="checkbox"/> deshabilitado |
| <input type="checkbox"/> desempleado y no está buscando trabajo | <input type="checkbox"/> jubilado |
| | <input type="checkbox"/> otro, especifique _____ |

8. ¿Recibe dinero Ud. o su esposa/conviviente (si tiene uno/a) de las siguientes fuentes de recursos? (Señale todos los que apliquen a Ud.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Beneficencia (Welfare GA) |
| <input type="checkbox"/> Dinero para padres foster | <input type="checkbox"/> Beneficencia (Welfare AFDC) |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Beneficios de deshabilidad |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social SSI | <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____ |

9. ¿Cuál es su ingreso familiar anual? (por favor marque uno solamente)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10,000 | <input type="checkbox"/> De 20,000 a 25,000 | <input type="checkbox"/> De 35,000 a 40,000 |
| <input type="checkbox"/> De 10,000 a 15,000 | <input type="checkbox"/> De 25,000 a 30,000 | <input type="checkbox"/> De 40,000 a 50,000 |
| <input type="checkbox"/> De 15,000 a 20,000 | <input type="checkbox"/> De 30,000 a 35,000 | <input type="checkbox"/> Más de 50,000 |

Quisiéramos saber algo del lugar donde vive.

10. ¿Le será fácil o difícil venir a la clínica?

- Difícil Más o Menos difícil Más o Menos fácil fácil

11. ¿Está contento/a en el lugar donde vive actualmente?

- Nada contento/a Un poco contento/a Algo contento/a Contento/a

12. ¿Es seguro el lugar donde vive?

- Nada seguro Un poco peligroso Algo seguro Seguro

13. ¿Qué tan probable es que esté viviendo en el mismo lugar durante los próximos 6 meses? Cree que . . .

No

Tal vez No

Tal vez Sí

Sí

14. ¿Con qué frecuencia lo visitan sus amigos o familia en su hogar?

Menos de una vez al mes

Como una vez al mes

Un par de veces al mes

Una vez a la semana

Varias veces a la semana

Diariamente

Mas de una vez al día

15. ¿Cuántos amiguitos tiene su niño/a para jugar en su vecindad?

Ninguno

1 or 2

Varios

Quisieramos saber como se sientes de cambiar el comportamiento de su hijo,hija.

16. ¿Cree usted que el comportamiento de este/a niño/a necesita cambiar?

Bastante

Un poco

No, no creo

17. ¿Quisiera usted trabajar para cambiar sus estrategias de padres para corregir el comportamiento?

Bastante

Un poco

No, no creo

18. ¿Quisiera usted practicar estas estrategias nuevas, aunque parezcan diferentes?

Bastante

Un poco

No, no creo

19. ¿Cree usted que es importante participar en tratamiento con este/a niño/a?

Bastante

Un poco

No, no creo

Quisieramos saber cuán importante es la religión en su familia.

21. ¿Su salud le limita actualmente en estas actividades? ¿De ser así, cuánto?

	Mucho	Un poco	Nada
a. Actividades moderadas, como moviendo una mesa, jugando con su niño, o tomando de un paseo	1	2	3
b. Subiendo escaleras	1	2	3

22. ¿Durante los 6 meses pasados, cuánto tiempo tiene su estado físico o problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitando amigos, parientes, etc.)?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	De vez en cuando	Un poco del tiempo	Ningún tiempo
-------------------	---------------------------------	---------------------	-----------------------	------------------

Ahora voy a pedirle que piense en el año pasado y cualquier cosa mala que puede haber pasado en su familia. Estas cosas pueden causar problemas para padres y niños.

23. ¿ En el año pasado, alguien en su familia ha sufrido un accidente serio? Sí No

Si sí, explique: _____

b. ¿Estado en un incendio/catástrofe? Sí No

Si sí, explique: _____

c. ¿Sido una víctima/testigo de crimen violento? Sí No

Si sí, explique: _____

d. ¿Recibido noticias muy malas? Sí No

Si sí, explique: _____

e. ¿Sido víctima/testigo de violencia doméstica? Sí No

Si sí, explique: _____

f. ¿Sido víctima/testigo de abuso físico? Sí No

Si sí, explique: _____

g. ¿Sido una víctima/testigo de abuso sexual/violación?

Sí

No

Si sí, explique: _____

h. ¿Alguna otra cosa mala/espantosa le ha sucedido?

Sí

No

Si sí, explique: _____

24. ¿Hay algo más que usted quisiera decirme sobre su salud física o emocional?

Sí

No

Si sí, explique: _____

NO CONTESTE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI USTED NO TIENE ESPOSO/A O PAREJA

1. ¿Cuál es la relación familiar de su pareja con el niño/a en tratamiento (e.g. madre, padre, tía, madre foster, guardian, padre adoptivo)? _____

2. ¿Cuanto tiempo ha tiene en esta relación? _____(años)

3. ¿Qué edad tiene su pareja? _____

4. ¿Cuántos años de escuela ha completado su pareja? _____(1-20, 20+)
(e.g. secundaria/GEP 12)

5. ¿En que trabaja su pareja en el presente (por favor marque uno solamente)?

padre/madre foster a tiempo completo

empleado _____ horas a la semana (que clase de trabajo hace el o ella? _____)

desempleado, buscando trabajo

desempleado y no esta buscando trabajo

estudiante

ama de casa

deshabilitado

retirado

otro (especifique) _____