

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_

La salud y el bienestar de las personas pueden ser afectados por haber pasado experiencias difíciles en la vida. Queremos ayudarle si su respuesta es “sí” a cualquiera de estas preguntas.

Por favor ponga un círculo en el “sí” o el “no” para responder por usted misma(o) y para su niño(a). Esta bien si no contesta cualquier pregunta que pueda ser demasiado para usted. Nos comprometemos a mantener sus respuestas de una forma confidencial a menos que haya abuso físico o que esté ocurriendo abuso sexual.

1. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde le han maldecido, le han insultado con frecuencia, o le han menospreciado verbalmente (le han dicho que usted no tiene ningún valor)? ¿Ha sido su niño(a) testigo de esto?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

2. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde le han empujado, agarrado, cacheteado, le han tirado algo encima, o le han pegado tan fuerte que le han lastimado o le han dejado marcas en el cuerpo? ¿Ha sido su niño(a) testigo de esto o también ha pasado por una situación igual?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

3. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde un adulto 5 años mayor que usted le ha manoseado, tocado de forma que no es apropiada, o ha sido abusado sexualmente? ¿Ha sido su niño(a) testigo de esto o también ha pasado por una situación igual?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

4. Cuando era un niño(a), ¿sentía con frecuencia que *ninguno* en su familia lo quería o lo cuidaba o no se sentía cerca de usted? ¿Ha pasado su niño(a) por una situación igual?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

5. ¿Alguna vez han pasado usted o su niño(a) por situaciones donde no tuvieron suficiente para comer, tuvieron que vestirse con ropa sucia, o no tuvieron a *nadie* para protegerlos?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

6. ¿Estuvieron sus padres o encargados demasiado borrachos o drogados para cuidarle cuando era niño(a)? ¿Ha pasado su niño(a) por una situación igual?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

7. ¿Se divorciaron o separaron sus padres o encargados cuando usted era un niño(a)? ¿Su niño(a) sufrió la experiencia de su separación o divorcio?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

8. ¿Han vivido usted o su niño(a) con alguien que es problemático cuando bebe o con un alcohólico?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

9. ¿Han tenido usted o su niño(a) un miembro en la familia que estaba enfermo mentalmente, deprimido, o que se suicidó?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

10. ¿Han tenido usted o su niño(a) un miembro en la familia que fue enviado a prisión o que fue deportado?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

11. ¿Han estado usted o su niño(a) alguna vez sin un lugar en donde vivir?

**Padre/Madre/Encargado:** *si no*                      **Niño(a):** *si no*

12. ¿Hay algo más que desea decirnos?

Si usted o su niño(a) han tenido una o mas de estas situaciones o experiencias, nosotros podemos ayudarles. Su proveedor o miembro de personal de apoyo puede revisar estas preguntas junto con usted y ofrecerle apoyo y recursos para ayudar. Por favor pregunte si siente que necesita más información o apoyo.

# ¿Qué es lo que Mantiene a su Familia Fuerte y Saludable?

Una parte del proceso para un crecimiento sano, significa que los niños Y los padres tengan las herramientas que necesitan para hacer un buen trabajo. Queremos ayudarles en todo lo que podamos para que sus niños y su familia se mantengan sanos.

Estamos haciendo estas preguntas confidenciales para que podamos entender mejor la forma en que podemos ayudarle. Sus respuestas son privadas y si alguna de ellas le hace sentir incomodo, no tiene que contestarla.

- 1.** ¿Tienen en su familia un lugar seguro para vivir y suficiente comida nutritiva para comer?

*Si*      *No*

- 2.** Cuando pasa algo difícil, ¿hablan del problema juntos en familia?

*Si*      *No*

- 3.** ¿Tienen en su familia un lugar a donde ir para recibir apoyo emocional y cariño? Por ejemplo, con sus familiares y amigos, una comunidad donde practican deportes, una comunidad espiritual, o otro grupo que les brinda apoyo.

*Si*      *No*

- 4.** En su familia ¿Pasan un tiempo juntos, jugando y disfrutando de la compañía de sus familiares? Por ejemplo, pasan tiempo juntos haciendo ejercicios, mirando programas, comiendo juntos, leyendo, jugando, o celebrando cumpleaños y días festivos

*Si*      *No*

- 5.** ¿En su familia animan a los niños para que reciban una educación y vayan a la escuela?

*Si*      *No*

- 6.** ¿Sabe su familia en donde pedir ayuda cuando las cosas se ponen difíciles?

*Si*      *No*

- 7.** ¿Necesita su familia ayuda para obtener comida, vivienda, ayuda legal, seguro de salud, alarmas de humo, sillas de seguridad para los niños, o otras cosas que usted piensa que les cuesta obtener?

*No*      *Si*

- 8.** ¿Hay algo más que desea contarnos?

*No*      *Si*

