

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Está 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 (o abuso sexual en el pasado que no fue reportado)

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)? Sí/No
2. ¿Su madre/padre alguna vez pasó por situaciones donde fue empujado, agarrado, cacheteado, o le tiraron algo encima, o le pegaron tan fuerte que le lastimaron o le dejaron marcas en el cuerpo? Sí/No

¿Usted vio cuando esto pasó? Sí/No

3. ¿Ha sido usted víctima de violencia (abuso físico, asalto para robarle o asalto para agredirle)? Sí/No
4. ¿Alguien le ha manoseado, tocado de forma que no es apropiada, o ha abusado sexualmente de usted? Sí/No
5. ¿Ha sentido con frecuencia que ninguno en su familia le ha querido, le ha cuidado, o se ha sentido cercano a usted? Sí/No
6. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde no tuvo suficiente para comer, tuvo que vestirse con ropa sucia, o no tuvo a nadie que le protegiera? Sí/No
7. ¿Alguna vez ha vivido con alguien que es problemático cuando bebe alcohol, con un alcohólico, o con alguien que tenía un problema de adicción a las drogas? Sí/No
8. ¿Alguna vez estuvieron sus padres/encargados demasiado borrachos o drogados como para cuidar de usted? Sí/No
9. ¿Alguna vez estuvieron sus padres/encargados separados o divorciados? Sí/No
10. ¿Alguna vez hubo un miembro en su familia que estaba mentalmente enfermo, deprimido, o que se suicidó? Sí/No
11. ¿Alguna vez ha sido un miembro de su familia enviado a la cárcel/prisión o fue deportado? Sí/No
12. ¿Alguna vez ha estado sin hogar o con una familia bajo cuidado temporal (foster care)? Sí/No
13. ¿Ha tenido que mudarse de casa o cambiarse de escuelas muchas veces? Sí/No
14. ¿Se le ha muerto un amigo muy cercano o un miembro de su familia? Sí/No
15. ¿Alguna vez ha estado gravemente enfermo o lastimado? Sí/No
16. ¿Alguna vez ha estado embarazada o ha dejado a alguien embarazada? Sí/No
17. ¿Hay algo más que desea decirnos?

Si usted pasó por una o más de estas experiencias, nosotros podemos ayudarle. Su proveedor o un miembro del personal puede revisar estas preguntas con usted y ofrecerle el apoyo y los recursos para ayudarle. Por favor pregunte si siente que necesita más información o ayuda.

¿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*

