

FORWARDHEALTH
COORDINACIÓN DE CUIDADO INFANTIL
CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA

INSTRUCCIONES: Escriba a máquina o en letra de molde claramente. Consulte las Instrucciones del Cuestionario para la familia, F-01118A. Consulte la clave al final del formulario para ver la descripción de los símbolos. Los elementos en **negritas** indican las preguntas de evaluación inicial.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la madre (apellido, nombre, inicial)	2. Dirección de la madre (calle, ciudad, estado y código postal)
3. Fecha de nacimiento de la madre	4. Edad de la madre < 18 años = (70) 18 a 20 años = (15)
5. Número de identificación de miembro del niño	6. Número de teléfono de la casa <input type="checkbox"/> No hay teléfono o el teléfono suele estar desconectado = (15)
7. ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted?	

8. ¿Hay personal de otras agencias visitando su casa? Sí No

Si responde sí, indique los nombres, si los sabe.

9. Nombre del bebé	10. Género del bebé <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
11. Peso al nacer Si el peso al nacer es muy bajo < 3.3 libras (1500 gramos) = (70) Si el peso al nacer es bajo < 5.5 libras (2500 gramos) = (30) Si el peso al nacer es > 10 libras (4540 gramos) = (10)	12. Fecha de nacimiento Si es prematuro (edad de gestación < 37 semanas) = (70)
13. Nombre de la HMO	14. Nombre del médico de atención primaria o clínica principal Si no hay ninguno o no puede responder= (10)

SECCIÓN II – EMPLEO

1. ¿Está empleado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, ¿cuál es su ocupación?	2. Si está empleado, ¿cuántas horas suele trabajar a la semana?
3. ¿En qué turno trabaja? (días, tardes, noches)	4. ¿Siente que sus arreglos de cuidado infantil son seguros y enriquecedores? <input type="checkbox"/> No = (15) <input type="checkbox"/> Sí

Puntos (subtotal) _____

<p>5. Si considera volver al trabajo o a la escuela, ¿cuándo volverá?</p>	<p>6. ¿Cuál fue el último curso que terminó?</p> <p style="text-align: right;">Octavo curso o menos = (40) > Octavo curso, pero <12 ° grado = (15)</p>
---	---

7. ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? (Marque todas las que correspondan).

<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Pareja o cónyuge
<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otras _____

SECCIÓN III – FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

<p>1. ¿Está casado o soltero?</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero(a) (incluye nunca casado, separado, divorciado, viudo)</p>	<p>2. ¿Habla inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada = (15)</p>
--	--

<p>3. ¿Lee inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada = (15)</p>	<p>4. Si ahora está en edad escolar, ¿está inscrito y asiste regularmente a la escuela?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy trabajando en mi certificado GED o ya lo terminé</p> <p><input type="checkbox"/> Dejé la escuela = (10)</p>
--	--

<p>5. ¿Ha recibido o recibe actualmente servicios de educación especial o excepcional?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (10)</p>	<p>6. ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p style="text-align: right;">Si es su primer hijo = (10) Si > 4 hijos = (40) Si > 2 hijos y la madre es < 18 = (40)</p>
---	---

<p>7. En los últimos 12 meses, ¿le han quitado alguno de sus hijos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (40)</p> <p>Si responde sí, ¿cuántos? _____</p>	<p>8. ¿Dónde vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Apartamento</p> <p><input type="checkbox"/> Casa rodante</p> <p><input type="checkbox"/> Con amigos = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Con otros miembros de la familia = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Personas sin hogar (incluyendo refugio, hotel o motel) = (70)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____</p>
---	---

<p>9. ¿Quién vive actualmente en su casa? (Nombre, edad, parentesco)</p>	<p>10. En el lugar donde vive ahora, ¿tiene lo siguiente?</p> <p>Agua corriente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Agua caliente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Electrodomésticos que funcionan (estufa, nevera) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cuarto de baño o instalaciones de baño que funcionan <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Detector de humos que funciona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Extintor de incendios que funciona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cada "No" = (5) Total de puntos _____</p>
--	--

Puntos (subtotal) _____

<p>2. ¿Alguno de sus hijos ha sido hospitalizado en los últimos seis meses?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (10)</p> <p>Si responde sí, ¿por qué tipo de problemas médicos?</p>	
<p>3. ¿Les han hecho a sus hijos entre las edades de 6 meses y 6 años la prueba de envenenamiento por plomo?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No sé = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> No corresponde (vaya al artículo 6)</p>	<p>4. Si responde sí, ¿ha recibido los resultados?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>5. Si los resultados requerían un seguimiento, ¿recibió este seguimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>6. ¿Tiene un registro de las vacunas de su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>7. Si su hijo(s) tiene más 3 años, ¿ve su hijo(s) a un dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No corresponde</p>	<p>8. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando empezó a ver a un proveedor médico (médico, enfermera especializada, enfermera partera) para atención prenatal?</p> <p>semanas o meses</p> <p>13-15 semanas= (5); 15-23 semanas= (10); 24 semanas=(20)</p>
<p>9. ¿Recibió los servicios de coordinación de atención prenatal durante este embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (70)</p>	<p>10. ¿Cómo estuvo su salud durante este embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Bien, sin problemas</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos problemas (por ejemplo, náusea, cansancio)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas serios (por ejemplo, presión sanguínea alta, diabetes) = (10)</p> <p>Explique:</p>
<p>11. ¿Estuvo su bebé en una guardería de "cuidado especial" del hospital por más de un día?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (10)</p> <p>Si responde sí, ¿cuántos días?</p>	<p>12. ¿Cuál de los siguientes fue su embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Planeado</p> <p><input type="checkbox"/> No planeado = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de una agresión sexual = (40)</p>
<p>13. ¿Cómo se siente ahora que ya nació el bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> Feliz</p> <p><input type="checkbox"/> Insegura: un poquito feliz, un poquito infeliz = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Muy disgustada al respecto = (20)</p>	<p>14. ¿Cómo se siente el padre del bebé (o su pareja) sobre el recién nacido?</p> <p><input type="checkbox"/> Feliz</p> <p><input type="checkbox"/> Inseguro: un poquito feliz, un poquito infeliz = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Muy disgustado al respecto = (20)</p>
<p>15. ¿Tiene un historial de depresión prenatal o posparto, furias, o pensamientos de "pavor" sobre el bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (40)</p>	<p>16. ¿Piensa tener otro bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si responde sí, ¿qué tan pronto?</p>

<p>17. ¿Usa actualmente métodos anticonceptivos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>18. ¿Entiende cómo usar el producto?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>19. ¿Ha tenido algún problema adquiriendo los suministros, los medicamentos, o los servicios necesarios?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (5)</p>	<p>20. ¿Recibe usted o sus hijos beneficios del Supplemental Security Income (SSI) o servicios especiales para un problema de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (20)</p> <p>Si responde sí, ¿quién los recibe?</p> <p>¿Qué tipo de servicios?</p> <p>Si recibe servicios relacionados con la salud mental = (50)</p>
<p>21. ¿Sus hijos participan en el programa de WIC (Women, Infants, and Children Supplemental Nutrition Program)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si responde sí, ¿dónde?</p>	<p>22. ¿Cómo está alimentando actualmente a su bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> Lactancia materna</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentación con biberón</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto la lactancia materna como el biberón</p>
<p>23. ¿A qué edad piensa comenzar a darle cereales o comida para bebés (papillas) a su nuevo bebé?</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento a 3 meses = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 4–6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> No sé = (5)</p>	<p>24. ¿Alguno de sus hijos sigue una dieta especial o recibe alimentos o bebidas especiales?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (5)</p> <p>Si es así, ¿qué tipo de dieta o producto?</p>
<p>25. ¿Alguna vez comen usted o sus hijos artículos no comestibles (por ejemplo, tierra, arena, almidón, pedacitos de pintura)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (20)</p>	<p>26. ¿Se queda a veces sin comida antes de poder comprar más?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (10)</p>

SECCIÓN V – ACTITUDES O ABILIDADES DE LOS PADRES

<p>1. ¿Cómo se siente en cuanto a la forma en que fue criado cuando era niño?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy positiva; tuve una niñez feliz, mis padres eran bien cariñosos.</p> <p><input type="checkbox"/> Bien; mis padres trataron de hacer lo mejor que pudieron; mis padres eran cariñosos.</p> <p><input type="checkbox"/> Negativa; no recibí ningún tipo de cariño = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Muy negativa; me castigaban con frecuencia y recibía poco o ningún cariño = (40)</p>	<p>2. Si planea criar a sus hijos de una forma distinta a como fue criada, ¿qué tanto apoyo/aliento recibirá de sus familiares/amigos?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Muy poco = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún = (20)</p>
<p>3. ¿Cuándo quiere un consejo sobre como criar a sus hijos, ¿a quién acude? (Marque todas las que correspondan).</p> <p><input type="checkbox"/> Padres</p> <p><input type="checkbox"/> “Organizaciones de asistencia” de la comunidad</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelos o familiares</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo a nadie a quien preguntarle= (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre del niño o pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Médico o enfermera</p> <p><input type="checkbox"/> “Es algo natural” = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Libros o revistas</p>	

<p>4. ¿Ha sentido alguna vez que el bebé llora o es exigente “a propósito” o sólo para irritarla?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (40)</p> <p>Si responde sí, explique.</p>	<p>5. ¿A qué edad piensa que su bebé va a hacer lo siguiente?</p> <p>Dejar de usar pañales _____</p> <p>Dormir toda la noche _____</p> <p>Empezar a caminar _____</p> <p>Si la respuesta es poco realista = (15)</p>
<p>6. ¿Tiene un abastecimiento adecuado o acceso a juguetes, libros, juegos, u otro equipo de juego?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>7. ¿Cuándo sus hijos están jugando o divirtiéndose, ¿participa en el juego y la diversión con ellos?</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente = (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez = (10)</p>
<p>8. ¿Qué tan útil es el padre del niño (o su pareja) para criar a este niño y a otros niños en su hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy útil</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda cuando se le pide que ayude</p> <p><input type="checkbox"/> No es útil = (10)</p>	<p>9. Termine esta oración.</p> <p>Yo creo que mis o nuestros hijos son _____</p> <p>Uso de frases negativas fuertes, como "interfieren con mis actividades", "son demasiado exigentes", "dan demasiado trabajo", "son feos", "son estúpidos", "son malos" = (20)</p>

SECCIÓN VI – TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

<p>1. ¿Usted o alguien más en su casa fuma?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>2. Si responde sí, ¿tiene “reglas” que rigen cuándo fumar y dónde no fumar?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (20)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
--	---

Necesito hacerle unas cuantas preguntas sobre el uso de droga y bebidas alcohólicas. Nos ayudará a cuidar mejor de usted y de sus hijos. Asegúrese de incluir cerveza, vino y licor en sus respuestas a estas preguntas.

<p>3. ¿Con qué frecuencia toma una bebida con alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p>> dos veces al mes = (20)</p>	<p>4. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día típico cuando está bebiendo?</p> <p><input type="checkbox"/> De cero a dos</p> <p><input type="checkbox"/> De tres a cuatro</p> <p><input type="checkbox"/> De cinco a siete</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ocho o más</p> <p>> Dos = (20)</p>
<p>5. ¿Le molesta la crítica de las personas sobre la forma en que bebe?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (20)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca bebo.</p>	<p>6. ¿Alguna vez ha sentido que debería de beber menos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (20)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca bebo.</p>
<p>7. ¿Alguna vez se ha tomado un trago temprano en la mañana para calmar sus nervios o para deshacerse de una resaca?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (20)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca bebo.</p>	<p>8. En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado un medicamento no recetado o ha usado alguna droga de la calle (por ejemplo, marihuana, hash, cocaína, crack, heroína, anfetaminas)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí = (70)</p>

9. De las personas a cargo de cuidar de sus hijos, ¿hay alguna de ellas que abuse del alcohol u otras drogas?

- No
- Sí = (20)
Si responde sí, explique.

SECCIÓN VII – APOYO PERSONAL O ABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

1. ¿Cómo maneja su estrés y enojo? (Marque todas las que correspondan.)

- Hablando sobre el asunto
- Se calma por medio a una caminata o haciendo alguna actividad
- No hablando sobre el asunto en lo absoluto = (5)
- Se desquita con alguien y le grita = (5)
- Se pone violenta (por ejemplo, pega, amenaza con un objeto o un arma) = (50)
- Se toma un trago o se endroga para calmar los nervios = (20)
- Otra _____

¿Cómo maneja el padre del bebé (o su pareja) su estrés y enojo? (Marque todas las que correspondan).

- Hablando sobre el asunto
- Se calma por medio a una caminata o haciendo alguna actividad
- No hablando sobre el asunto en lo absoluto = (5)
- Se desquita con alguien y le grita = (5)
- Se pone violento (por ejemplo, pega, amenaza con un objeto o un arma) = (50)
- Se toma un trago o se endroga para calmar los nervios = (20)
- Otra _____

3. ¿Ha sido usted, o sus hijos alguna vez abusada emocional o verbalmente por el padre del bebé, su pareja, o alguien cercano a usted?

- No
- Sí = (70)

4. ¿Abusa el padre del bebé (o su pareja) físicamente, verbalmente o emocionalmente de usted o de sus hijos?

- No
- Sí = (70)

5. ¿Usted u otro miembro del hogar han sido violado o forzado a tener relación sexual contra su voluntad?

- No
- Sí = (30)

6. ¿El(los) abusador(es) todavía tienen acceso a usted o a sus hijos?

- No
- Sí = (40)

7. ¿Ha sido algún familiar cercano (padre, madre, cónyuge, pareja, hermano(a) encarcelado por un crimen en el último año o más de tres veces en los últimos cinco años?

- No
- Sí = (40)

8. ¿Tiene miedo del padre del bebé, de su pareja o de cualquier otra persona en su hogar?

- No
- Sí = (20)

9. ¿Hay alguna arma de fuego en su casa?

- No
- Sí = (10)

10. Si responde sí, ¿están las armas de fuego descargadas y guardadas en un lugar cerrado con candado?

- No = (15)
- Sí

11. ¿Cuántas personas conoce lo suficientemente bien para visitarlas en su vecindario?

- Ninguna = (5)

12. ¿Con qué frecuencia pasa usted tiempo con amigos o familiares?

- Nunca = (10)

<p>13. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar cuando lo necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (20)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>14. ¿Se siente sola?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p>
<p>15. ¿Hay alguien con quien pueda contar en caso de emergencia?</p> <p><input type="checkbox"/> No = (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>16. ¿Hay alguien que pueda ayudarla por todo el tiempo que necesite su ayuda?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>17. ¿Usted u otras personas lo consideran como un recurso en su comunidad?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>18. ¿Con qué frecuencia asiste a las actividades que se llevan a cabo en el vecindario como ceremonias espirituales, grupos de apoyo o funciones en "clubes"?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca = (5)</p>
<p>19. ¿Cómo se describiría a alguien que no la conoce?</p>	
<p>20. ¿Hay algunas tradiciones especiales que se observen en su familia?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si responde sí, explique.</p>	
<p>21. Háblenos de los puntos fuertes de su familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna = (10)</p>	

Puntos (subtotal) _____

22. ¿Cuáles de estas cosas le preocupan mucho? (Marque todas las que correspondan).

- Problemas de dinero = (2)
- Transporte = (2)
- Mi trabajo = (2)
- El trabajo o el desempleo de mi pareja = (2)
- Cuidar a este bebé o a mis otros hijos = (2)
- Problemas de vivienda o ser desalojada = (2)
- Obtener cuidado infantil = (2)
- Mi salud física o mental o mi seguridad = (2)
- Mi consumo de bebidas alcohólicas o uso de drogas = (2)
- Mi relación con mi pareja = (2)
- La relación de mi hijo(a) con su padre = (2)
- Mi pareja está en la cárcel = (2)

23 ¿Le gustaría obtener más información o ayuda sobre algunas de las cosas en la lista siguiente?

- Disciplina
- Desarrollo infantil
- Habilidad de los padres
- Jugar con sus hijos
- Problemas de salud
- Formación de trabajo
- Como sobrellevar el estrés
- Planificación familiar/prevención de embarazo
- Recursos de la comunidad para los padres

SECCIÓN VIII – FIRMAS

FIRMA – Coordinador de cuidados	Fecha de evaluación
FIRMA – Revisor profesional calificado	Fecha de evaluación
FIRMA – Coordinador de cuidados	Fecha de reevaluación
FIRMA – Revisor profesional calificado	Fecha de reevaluación

Puntos (subtotal) _____

Total de puntos (todas las páginas) _____

Símbolos claves:

> = Mayor que

< = Menor que