



Preguntas sobre la Familia:

V1.07, 4/1/17

Nombre del Niño/a:
(Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):
(Date of birth)

Fecha de Hoy:
(Today's Date)

Preguntas sobre la Familia (Family Questions)

Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:

		Sí	No
1	¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	☐ Y	☐ N
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐ Y	☐ N
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐ Y	☐ N
4	¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	☐ Y	☐ N
		Nunca	A Veces
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	☐	☐
		Frecuentemente	
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?		Nunca	Varios días
		Más de la mitad de los días	Casi todos los días
6	¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	☐ 0	☐ 1
7	¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	☐ 0	☐ 1
		Más de la mitad de los días	Casi todos los días
8	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión	Alguna tensión
		☐	☐
9	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad	Alguna dificultad
		☐	☐
		Mucha tensión	No aplica
		☐	☐
		Mucha dificultad	No aplica
		☐	☐
10	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐ 0	☐ 1
		☐ 2	☐ 3
		☐ 4	☐ 5
		☐ 6	☐ 7