



Participant Questionnaire (Intake)

INFORMACIÓN FAMILIAR	
<p>¿Cuál es su nivel de educación más alto?</p> <input type="checkbox"/> Un nivel menos que escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado o título profesional <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar	<p>¿Cuál es su situación de empleo actual?</p> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Empleado temporal <input type="checkbox"/> Padre de familia que permanece en casa <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar
<p>¿Cuál es el estado civil de los adultos con quienes los niños viven la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?</p> <input type="checkbox"/> Casado o pareja doméstica <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar	<p>¿Cuál fue su ingreso total familiar en los últimos 12 meses?</p> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> De \$10,000 a menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> De \$20,000 a menos de \$30,000 <input type="checkbox"/> De \$30,000 a menos de \$40,000 <input type="checkbox"/> De \$40,000 a menos de \$50,000 <input type="checkbox"/> De \$50,000 a menos de \$75,000 <input type="checkbox"/> De \$75,000 a menos de \$100,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000 <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar
<p>¿Alguien en su hogar fuma?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar	
<p>¿Cuántos niños en su hogar tienen de 0 a 5 años de edad? (antes del sexto cumpleaños) _____ (#)</p>	
<p>¿Cuántos miembros de su familia viven en su hogar (incluyendo a los padres de familia / guardianes, hermanos, otros familiares dependientes)? _____ (#)</p>	
<p>¿Hay alguna mujer embarazada en el hogar?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar	
<p>¿Dónde vive su familia en la actualidad? Esta información se utilizará para determinar si su hijo califica para obtener ayuda adicional. (Marque sólo una casilla)</p> <input type="checkbox"/> En una residencia unifamiliar <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o un apartamento, debido a las dificultades económicas <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento por preferencia <input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda de transición <input type="checkbox"/> En un motel, vehículo o campamento <input type="checkbox"/> Ubicación de crianza temporal (foster care) o un hogar de grupo	

FOR OFFICE USE ONLY:

Family ID	Client ID
Other	



Participant Questionnaire (Intake)

INFORMACIÓN DEL NIÑO	
<p>¿Con qué tipo de seguro de salud primario está cubierto su hijo actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro público (por ejemplo: Medi-Cal, ACE, Child Health and Disability Program (CHDP)) <i>(programa de salud infantil y discapacidad)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Seguro privado (a través del empleador o por cuenta propia)</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>	
<p>¿Cuál es la clínica habitual o el médico donde usted lleva a su hijo para atención médica rutinaria y chequeos?</p> <p><input type="checkbox"/> Oficina del médico, clínica privada o HMO</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de salud pública o centro/clínica de salud de la comunidad</p> <p><input type="checkbox"/> Sala de emergencia en el hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca he llevado a mi hijo para atención rutinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>	
<p>¿Ha tenido su hijo un chequeo rutinario en los últimos 12 meses? (una visita al médico que no haya sido por una enfermedad o lesión)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>	
<p>¿Tiene su hijo un dentista que ve regularmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>	<p>¿Su hijo ha recibido un examen dental en los últimos 6 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>
<p>¿Alguna vez se le ha pedido llenar una lista de las actividades que su hijo puede hacer, como ciertas tareas físicas, por ejemplo: si su hijo puede dibujar ciertos objetos o formas en que su hijo se puede comunicar con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>	
<p>¿Tiene alguna preocupación específica acerca de su hijo en el sentido médico, de desarrollo y/o de comportamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>	

FOR OFFICE USE ONLY:

Family ID	Client ID
Other	



Participant Questionnaire (Intake)

<p>¿Alguna vez un médico u otro profesional de salud le ha dicho que su hijo tiene alguna necesidad especial?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>
<p>¿Tiene acceso a servicios para hacer frente a esas preocupaciones o necesidades?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>
<p>¿Tiene su hijo un IEP / IFSP?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p>
<p>¿Actualmente su hijo tiene cualquier tipo de servicio de guardería de 10 horas ó más a la semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene y no necesita la disposición de cuidado infantil</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p> <p>En caso afirmativo, ¿a qué tipo de guardería asiste su hijo? (marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelo u otro pariente/no pariente, en una casa particular</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Head Start / programa preescolar del estado</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería de niños</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no especificar</p> <p>Si su hijo ha sido matriculado en una escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, favor de contestar las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuál es el nombre del programa que su hijo asiste o asistió en el pasado? _____</p> <p>Si su hijo ha sido matriculado en una escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿aproximadamente por cuántos meses asistió? _____ meses</p> <p>Si su hijo ha sido matriculado en una escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿cuántos días por semana asiste por lo general? _____ días</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo nunca ha asistido a una escuela preescolar.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo es demasiado joven para asistir a la escuela preescolar.</p>

FOR OFFICE USE ONLY:

Family ID	Client ID
Other	