

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

## INICIATIVA SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO EN EL SEGUIMIENTO DE BEBÉS DE ALTO RIESGO

California Children's Services "CCS" nos solicita que colectemos la información marcada con un (\*) sobre las familias y los niños atendidos en nuestro Programa "HRIF". Se colecta información adicional para ayudar al Programa "HRIF" a cumplir con sus necesidades. Este formulario no es usado para determinar elegibilidad para servicios.

<b>OPCIONAL</b>	<b>Nombre de la persona que llena este formulario y su relación con el bebé / niño:</b>		
	<b>Nombre del bebé/niño (nombre y apellido):</b>		
	<b>Correo electrónico del cuidador principal del niño:</b>		
	<b>Número de teléfono del cuidador principal del niño:</b>	<b>casa:</b>	<b>celular:</b>
	<b>¿Tiene el cuidador principal del niño planes de mudarse pronto de domicilio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>*1. ¿Tiene usted en este momento algunas de las siguientes preocupaciones sobre su bebé / niño?</b> (Marque todas las que correspondan) <small>Página 2</small> <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Movimiento del cuerpo <input type="checkbox"/> Calma/Llanto <input type="checkbox"/> Alimentación y crecimiento <input type="checkbox"/> Audición (oídos) <input type="checkbox"/> Dormir/Siesta <input type="checkbox"/> Evacuación del intestino/regurgitación <input type="checkbox"/> El habla <input type="checkbox"/> Visión (Ojos) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>2. ¿Hay algo en lo que lo podamos ayudar?</b> <input type="checkbox"/> Early Start/ Centro Regional <input type="checkbox"/> Referencias <input type="checkbox"/> WIC <small>(Marque todas las que correspondan) Página 3</small> <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>*3. ¿A quién identifica usted como el cuidador principal del bebé / niño?</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos padres <small>(Marque <u>solo</u> una opción) Página 3</small> <input type="checkbox"/> Otros familiares/No los padres <input type="checkbox"/> Alguien no pariente <input type="checkbox"/> Familia adoptiva <input type="checkbox"/> Familia adoptiva temporal/CPS <input type="checkbox"/> Establecimiento pediátrico <input type="checkbox"/> Otro: _____ <small>subagudo</small>			
<b>*4. ¿Cuál es el nivel de educación del cuidador principal del niño mencionado anteriormente?</b> (Marque todas las que correspondan) <small>Página 4</small> <input type="checkbox"/> Menos de 9 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> Completó la secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad <input type="checkbox"/> Completó el 1 <sup>er</sup> ciclo universitario <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>*5. Situación de trabajo del cuidador principal del niño nombrado arriba?</b> <small>Página 4</small> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35+ hrs./semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Múltiples empleos <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Trabaja desde la casa <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado			
<b>*6. ¿Con quién vive el bebé / niño?</b> <small>Pág 5</small> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Un padre solamente <input type="checkbox"/> Un padre/otros familiares <input type="checkbox"/> Otros familiares/No los padres <input type="checkbox"/> Alguien no pariente <input type="checkbox"/> Familia adoptiva <input type="checkbox"/> Familia adoptiva temporal/CPS <input type="checkbox"/> Establecimiento pediátrico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <small>subagudo</small>			
<b>*7. ¿Cuál es la raza o grupo étnico que mejor describe a la madre biológica?</b> (Marque todas las que correspondan) <small>Página 5</small> <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> India americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática/de la India asiática <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Otra: _____			
<b>*8. ¿Cuál es la raza o grupo étnico que mejor describe al bebé / niño?</b> (Marque todos los que correspondan) <small>Página 7</small> <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> India americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática/de la India asiática <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Otra: _____			
<b>*9. ¿Qué idioma habla su familia en casa?</b> <small>Página 9</small> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Cantonés <small>(Marque uno <u>solamente</u>)</small> <input type="checkbox"/> Farsi/Persa <input type="checkbox"/> Hmong/Mien <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Otro: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Cantonés <small>(Marque todos los que correspondan)</small> <input type="checkbox"/> Farsi/Persa <input type="checkbox"/> Hmong/Mien <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>*10. ¿Asiste su niño/bebé a una guardería fuera de casa?</b> <small>Página 10</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>*10a. Si su bebé/niño no asiste a una guardería, ¿es cuidado en casa por algún otro familiar o niñera?</b> <small>Página 10</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>*11. ¿Ha sido su bebé/niño referido a Early Start/Centro Regional?</b> <small>Página 10</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
<b>*11a. Si su bebé/niño fue referido al Centro Regional, ¿está recibiendo servicios?</b> <small>Página 10</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
<b>*12. ¿Tiene su bebé/niño su propio proveedor o clínica de cuidado de salud? (Pediatra/Doctor Familiar/Enfermera especializada/Asociado médico)?</b> <small>Página 11</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			