

**RAINBOW VALLEY
GROUP HOMES & FOSTER FAMILY AGENCY
MONTHLY PROGRESS CHART**

Name: _____

Address: _____

Phone: home: _____ Cell: _____

Email: _____

Documents	Parent #1	Parent #2
Initial Application (LIC #283 or LIC 01A Resource Parent)		
Personnel Record (LIC #501)		
Financial Record (FFA form)		
Doctor's Exam (LIC #503)		
TB Clearance (LIC #503)		
Emergency Information (LIC #610B)		
Emergency Plan (Floor Plan) (LIC #999)		
Driving Record (or Driver's License)		
Criminal Record Statement (#508 D)		
Agreement to Responsibilities (FFA form)		
Behavior Questionnaire (FFA form)		
Confirmation of Car Insurance		
Confirmation of Homeowner's or Rental Insurance		
Inter-Agency Reference Request (<i>if rolling over</i>) (FFA form)		
Proof of Vaccination of all dogs		

CLEARANCES Live Scan (LIC #9163)	Parent #1 Date Approved	Parent #2 Date Approved
DOJ		
Child Abuse Index		
FBI		
Out-of-State Child Abuse/Neglect Report		

CLEARANCES Other adults living in the home			
Live Scan (LIC #9163)	Name/Relationship	Name/Relationship	Date Approved
DOJ			
Child Abuse Index			
FBI			
Out-of-State Child Abuse/Neglect Report			

AGENCY USE ONLY	
RF ID #:	_____
FFA:	_____

SOLICITUD DE LA FAMILIA DE APOYO

Instrucciones: Esta es la solicitud para la aprobación de la familia de apoyo por una agencia de familias de crianza. Por favor escriba claramente a máquina o en letra de molde.

SOLICITUD INICIAL OTRO (ESPECIFIQUE) : _____

I. SOLICITANTE(S): CADA SOLICITANTE TIENE QUE COMPLETAR UNA AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS ESTADOS Y UNA DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES LIC 508D.

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
PRIMER SOLICITANTE:					
NOMBRES USADOS PREVIAMENTE: <i>*incluyendo el apellido de soltera</i>				GRADO ESCOLAR MÁS ALTO QUE COMPLETÓ	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA/ETNIA		NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	
CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)		NÚM. DE TELÉFONO MÓVIL		NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA	
NOMBRE/DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO		OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
SEGUNDO SOLICITANTE:					
NOMBRES USADOS PREVIAMENTE: <i>*incluyendo el apellido de soltera</i>				GRADO ESCOLAR MÁS ALTO QUE COMPLETÓ	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA/ETNIA		NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	
CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)		NÚM. DE TELÉFONO MÓVIL		NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA	
NOMBRE/DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO		OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES

II. DOMICILIO DEL SOLICITANTE(S)

DOMICILIO PARTICULAR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO DONDE RECIBE CORREO (SI ES DISTINTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Es usted dueño, renta, o alquila el lugar de residencia?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Alquila	
¿Hay armas en el hogar?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuerpo de agua		Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si marcó "Sí", por favor describa la localidad del cuerpo de agua y su tamaño.			
¿Alguna persona no anotada en este documento usa el lugar de residencia como su domicilio donde recibe correo?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Si marcó "Sí", ¿quién?: _____	

Por favor provea las direcciones para llegar a su lugar de residencia, incluyendo información sobre las principales calles transversales.

Idiomas que se hablan en el hogar:

III. RELACIÓN DE LOS SOLICITANTES

SI HAY MÁS DE UN SOLICITANTE, ¿CUÁL ES SU RELACIÓN? Por favor marque uno.

CASADO UNIÓN DOMÉSTICA PARIENTES (FAMILIAR) COHABITANTES OTRO

FECHA DEL MATRIMONIO/UNIÓN DOMÉSTICA ACTUAL

LUGAR DEL MATRIMONIO/UNIÓN DOMÉSTICA ACTUAL (CIUDAD Y ESTADO)

IV. NIÑOS MENORES DE EDAD QUE RESIDEN EN EL HOGAR (POR FAVOR NO INCLUYA EL NOMBRE DEL MENOR)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	¿USTED MANTIENE A ESTE NIÑO ECONÓMICAMENTE?	ADOPTADO
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

V. OTROS ADULTOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR

Cada adulto que reside o está presente en el hogar regularmente tiene que completar una Autorización para Compartir Información con otros Estados y Declaración sobre Antecedentes Penales LIC 508D.

NOMBRE COMPLETO (PRIMER NOMBRE, INICIAL Y APELLIDO)	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)

VI. HISTORIAL DEL SOLICITANTE(S)

HISTORIAL DE MATRIMONIOS / UNIONES DOMÉSTICAS

NOMBRE DEL EX ESPOSO(A) / EX PAREJA DOMÉSTICA	FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO / UNIÓN DOMÉSTICA (CIUDAD Y ESTADO)	FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO / CONCLUSIÓN DE LA UNIÓN DOMÉSTICA / DISOLUCIÓN	FECHA Y LUGAR DE DEFUNCIÓN
PRIMER SOLICITANTE:			
SEGUNDO SOLICITANTE:			

HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S)

NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)	¿VIVE EN CASA?

VII. NIÑO DESEADO

- ¿El niño ha sido identificado? Marque uno: Sí No Si marcó "Sí", complete el formulario LIC 01C.
- ¿El niño está ahora en el hogar suyo? Marque uno: Sí No

SI NO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO, POR FAVOR INDIQUE SUS PREFERENCIAS:

EDAD(ES)					
<input type="checkbox"/> 0 a 3 años	<input type="checkbox"/> 4 a 8 años	<input type="checkbox"/> 9 a 12 años	<input type="checkbox"/> 13 a 15 años	<input type="checkbox"/> 16 a 18 años	<input type="checkbox"/> 18 a 21 años <input type="checkbox"/> Sin preferencia
HERMANOS (GRUPO)					
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más	

VIII. HISTORIAL DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN/ LICENCIA

- ¿Ha tenido usted licencia, o ha estado certificado o aprobado previamente para proveer crianza temporal?
Si respondió "Sí", nombre de la agencia(s): _____
Clase de licencia/certificación/aprobación: _____
- ¿Ha solicitado usted una adopción?
Si respondió "Sí", nombre de la agencia(s): _____
- ¿Ha tenido usted una licencia previamente para operar un centro de cuidado en la comunidad que no sea de crianza temporal; o una guardería infantil, un hogar que provee cuidado de niños, o un hogar para el cuidado de ancianos o de personas con enfermedades crónicas?
Si respondió "Sí", clase de licencia: _____
- ¿Ha estado empleado previamente o ha sido voluntario en un centro de cuidado en la comunidad, en una guardería infantil, un hogar que provee cuidado de niños, o en un hogar para el cuidado de ancianos o de las personas con enfermedades crónicas?
Si respondió "Sí", nombre del centro(s): _____
- ¿Alguna vez le han negado una solicitud previa para una licencia, certificación, para un miembro de la familia extendida que sea pariente o no, o la aprobación de familia de apoyo?
Marque uno: Sí No
Si marcó "Sí", nombre de la agencia(s): _____
- ¿Le han suspendido, revocado o anulado una licencia, certificación o aprobación??
Marque uno: Sí No
Si marcó "Sí", nombre de la agencia(s): _____
- ¿Ha sido sujeto a una orden de exclusión?
Marque uno: Sí No

IX. REFERENCIAS

Por favor anote el nombre, los números de teléfono, domicilio y correo electrónico de tres personas quienes tienen conocimiento de la situación en su hogar, su estilo de vida, y su capacidad para ser una Familia de Apoyo.

NOMBRE COMPLETO	NÚMEROS(S) DE TELÉFONO	DOMICILIO POSTAL / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

X. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE(S)

Declaro/declaramos que:

- Tengo/tenemos los medios económicos para asegurar la estabilidad y seguridad económica de la familia.
- Al firmar esta solicitud, entiendo/entendemos que se requerirá que mis/nuestros recomendantes, médico y empleador completen formularios de rutina, que mi/nuestro estado económico será verificado, y que se efectuará una revisión de antecedentes penales.
- Afirmo/afirmamos que la información provista en este formulario es cierta y correcta, y no contiene omisiones materiales de datos según mi leal saber y entender.
- Entiendo/entendemos que cualquier declaración falsa o engañosa hecha ante el condado o el departamento para obtener o mantener la aprobación de Familia de Apoyo puede resultar en una negación o anulación de la aprobación de Familia de Apoyo.

FIRMA DEL SOLICITANTE(S)	CIUDAD Y CONDADO DONDE FIRMARON	FECHA

(esta parte será completada por el establecimiento)

DATE _____

NAME OF FACILITY _____

FACILITY ADDRESS _____

FACILITY FILE NUMBER _____

HISTORIAL DE EMPLEO/EDUCACION

(para ser completado por el empleado y archivado en el establecimiento)

1. PERSONAL

NOMBRE (APELLIDO)	PRIMER NOMBRE	NOMBRE QUE USA EN MEDIO)	TELEFONO
DIRECCION			¿TIENE 18 AÑOS DE EDAD O MAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTA "NO", INDIQUE SU EDAD.
NUMERO DE SEGURO SOCIAL (VOLUNTARIO - SOLO PARA IDENTIFICACION)		FECHA DE SU ULTIMO EXAMEN FISICO	FECHA DE SU ULTIMA PRUEBA PARA TUBERCULOSIS
¿ALGUNA VEZ HA TRABAJADO BAJO OTRO NOMBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTA "SI", FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS NOMBRES QUE HA USADO.			
¿TIENE UNA LICENCIA DE MANEJAR DE CALIFORNIA (CDL) VALIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿ALGUNA VEZ HA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA SU LICENCIA DE MANEJAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NUMERO DE LA CDL		SI CONTESTA "SI", EXPLIQUE EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.	
NOMBRE DEL FAMILIAR QUE VIVE MAS CERCA DE USTED		NUMERO DE TELEFONO	PARENTESCO
DIRECCION			

2. PUESTO ACTUAL

TITULO	SUELDO	HORAS	FECHA EN LA CUAL COMENZO ESTE EMPLEO
NOMBRE DEL SUPERVISOR			

3. EMPLEO ANTERIOR (Anote primero su experiencia más reciente. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR	NUMERO DE TELEFONO	TITULO DEL PUESTO Y CLASE DE TRABAJO	MOTIVO POR EL CUAL DEJO EL PUESTO	FECHAS	
				DE	A

4. EDUCACION

MARQUE CON UN CIRCULO EL GRADO MAS ALTO QUE HA COMPLETADO: 6 7 8 9 10 11 12

¿DIPLOMA? SI NO

¿ESTA PARTICIPANDO ACTUALMENTE EN UN PROGRAMA PARA COMPLETAR LA SECUNDARIA (HIGH SCHOOL)? NO SI SI CONTESTA "SI", INDIQUE LA FECHA EN QUE ESPERA COMPLETARLO.

CLASES/PROGRAMAS EDUCACIONALES RELACIONADOS CON EL EMPLEO				
TITULO DE LA CLASE/PROGRAMA	NOMBRE DE LA ESCUELA U ORGANIZACION Y SU DIRECCION	NUMERO DE UNIDADES COMPLETADAS	FECHA EN QUE SE COMPLETARON	¿MATRICULADO ACTUALMENTE?

**Rainbow Valley Group Homes
& Foster Family Agency**

2841 G Street

Merced, CA 95340

Phone (209) 722-0202

fax (209) 385-9921

Making a Difference One Child
at a Time

ESPECIFICAR LA FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD	
_____	\$ _____	
_____	\$ _____	
_____	\$ _____	
Total de Ingresos Mensuales	\$ _____	
GASTOS MENSUALES		
Pago de Casa <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Renta	\$ _____	
Otros Prestamos (Especificar en la Parte de abajo)	\$ _____	
Utilidades	\$ _____	
Transportacion	\$ _____	
Comida & Articulos de uso domestico	\$ _____	
Aseguransa	\$ _____	
Personal	\$ _____	
Aseguransa de Salud	\$ _____	
Manutencion de Hijos	\$ _____	
Miscelanea (miscellaneous)	\$ _____	
Total de Ingresos al Mensuales	\$ _____	
CUENTAS DE TARJETAS DE CREDITO		
Nombre de la compania (nombre de la tarjeta de credito)	Cantidad Adeudada	Pagos
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
CUENTA DE CHEQUES Y CUENTA DE AHORROS		
Tipo de Cuenta	Nombre del Banco :	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Firma	Firma	

REPORTE SOBRE PRUEBAS DE SALUD - PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

Todo el personal, incluyendo al solicitante, persona con licencia o empleados de establecimientos residenciales para el cuidado de ancianos o establecimientos para el cuidado en la comunidad o guarderías infantiles, tiene que demostrar que la condición de su salud le permite desempeñar la clase de trabajo que se requiere. Esta evaluación de salud tiene que ser completada por o bajo la dirección de un médico.

Una prueba de salud, por o bajo la dirección de un médico, tiene que haberse hecho no más de un año antes de empezar a trabajar o antes de que pasaran siete (7) días después de empezar a trabajar.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
NOMBRE DE LA PERSONA		EDAD	
CARGO/PUESTO	CLASE DE ESTABLECIMIENTO	DÍAS DE TRAB. POR SEM.	HORAS DE TRAB. POR DÍA
DECLARACIÓN DE LOS DEBERES			

CLASES DE PERSONAS A QUIENES SE LES PROPORCIONAN SERVICIOS (Marque las categorías apropiadas.)

- Bebés
 Adultos
 Con discapacidad de desarrollo
 Con impedimento físico
 Niños
 Ancianos
 Trastornados mentalmente
 Con adicción a las drogas/alcohol
 Otra (especifique) _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

POR MEDIO DEL PRESENTE, AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE ESTE REPORTE CONTIENE.

FIRMA DEL SOLICITANTE/PERSONA CON LICENCIA O EMPLEADO	DIRECCIÓN	FECHA
---	-----------	-------

SOLO PARA USO DEL MÉDICO

NOTE TO PHYSICIAN: Personnel in Residential Care Facilities for the Elderly, Community Care or Child Care Facilities shall be free from communicable disease, and capable of performing assigned tasks. Please complete the following information on the above named person.

EVALUATION OF GENERAL HEALTH

EVALUATION OF ABILITY TO PERFORM WORK DESCRIBED IN THE ABOVE DUTY STATEMENT

NOTE ANY HEALTH CONDITION THAT WOULD CREATE A HAZARD TO THE PERSON, CLIENTS, CHILDREN OR OTHER PERSONNEL

DATE OF T.B. TEST	<input type="checkbox"/> POSITIVE ACTION TAKEN (IF POSITIVE)	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVE	
DATE OF HEALTH SCREENING	NAME OF PHYSICIAN (PHYSICIAN'S STAMP)	DATE
HEALTH SCREENING BY: (ORIGINAL SIGNATURE)	TELEPHONE #	DATE

PLAN EN CASO DE EMERGENCIA PARA LOS HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL

Escriba a máquina o claramente con letra de imprenta. Coloque los números de emergencia en un lugar fácilmente accesible.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA CUIDADO:

FECHA:

1. EMERGENCIAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA - Llame al 9-1-1 - Dígalos el número desde el que está llamando:

DIRECCIÓN DEL HOGAR:

CRUCE DE CALLES PRINCIPALES MAS CERCAÑO A SU HOGAR:

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A LA CASA DESDE EL CRUCE DE CALLES PRINCIPALES MAS CERCAÑO:

2. EMERGENCIAS QUE NO PONEN EN PELIGRO LA VIDA - Anote el número local directo de los siguientes:

Bomberos/Paramédicos:	Servicios para la Protección de Niños:	Oficina del Oficial Mediador y Protector de los Derechos Relacionados al Cuidado de Crianza Temporal (<i>Foster Care Ombudsman Office</i>):	
Médico:	Oficina de licenciamiento:	Centro para crisis:	Otro:
Hospital:	Policía/comisario (<i>Sheriff</i>):		
Dentista:	Control de envenenamiento:		

3. OTROS NUMEROS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA - Anote los números que pudieran ser útiles después de un desastre o emergencia.

TRABAJADOR(A) SOCIAL:

OTRO:

PARIENTE:

OFICIAL ENCARGADO DE LA LIBERTAD CONDICIONAL (*PROBATION OFFICER*):

PROVEEDOR DE CUIDADO SUSTITUTO:

4. EVACUACION DEL ESTABLECIMIENTO - Algunas emergencias requieren la evacuación del hogar. Revise la manera más segura para salir de los cuartos. Asegúrese de que las puertas de salida no estén cerradas con llave por dentro. En caso de emergencia, saque a todos, siga las rutas de escape, encuéntrense en el lugar convenido desde antes, y asegúrese de que todos estén presentes. No deje que nadie regrese al hogar hasta que esté seguro.**5. PARA DESCONECTAR LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES - Conozca el lugar donde se pueden desconectar los servicios públicos y municipales.**

GAS:

TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE GAS:

ELECTRICIDAD:

TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE ELECTRICIDAD:

AGUA:

TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE AGUA:

6. UBICACION DEL EQUIPO - El cuerpo de bomberos le puede ayudar dándole información sobre la instalación.

EXTINGUIDOR DE INCENDIOS (SI SE REQUIERE):

ALARMA PARA HUMO:

UBICACION DE LA ALARMA DE INCENDIO (SI LA TIENE):

TIPO

7. OTRO EQUIPO DE EMERGENCIA - Identifique la ubicación del botiquín de primeros auxilios, mantas, comida y agua, una linterna, un radio, y otro equipo de emergencia.

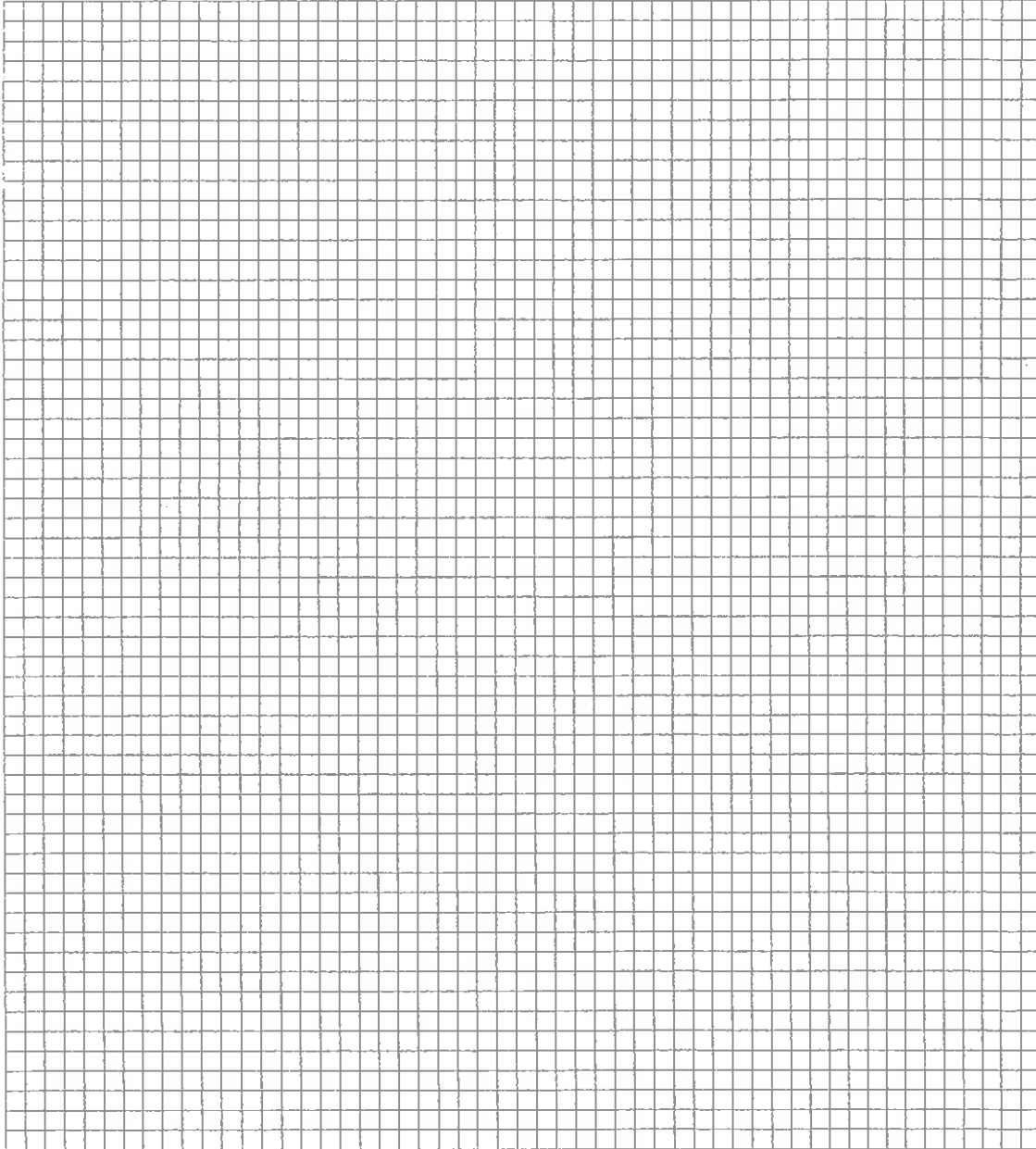
UBICACION:

DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO (Patio) - Hogar que proporciona cuidado de niños

El dibujo del patio debe mostrar todos los edificios que haya en el mismo, incluyendo el edificio del hogar (sin detalles), la cochera, y el edificio para almacenamiento (bodega). Incluya senderos (aceras/banquetas), áreas a la entrada de la cochera (*driveway*), áreas para jugar, cercas, y puertas. Por favor identifique cualquier área que estará "prohibida" para los niños. Muestre cualquier área de posible peligro, tal como albercas (piscinas), lugar de almacenamiento de basura, chiqueros (corrales) para animales, etc. Muestre el tamaño total del patio. En lo posible, mantenga el plano a escala. Use el espacio a continuación.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

DIRECCIÓN:



DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES

La ley estatal requiere que se les tomen las huellas dactilares a las personas asociadas con los establecimientos con licencia y que ellas revelen cualquier condena. Una condena es cualquier declaración de culpabilidad, defensa de no negar ni admitir culpabilidad (nolo contendere), o un veredicto de culpabilidad. Las huellas dactilares se usarán para obtener una copia de cualquier historial penal que usted pudiera tener.

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en California?..... SÍ NO

Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en otro estado, la corte federal, el servicio militar, o una jurisdicción fuera de los Estados Unidos?..... SÍ NO

Las condenas criminales de otro estado o de la corte federal se consideran igual que las condenas criminales en California.

Si contesta "Sí", anote los detalles en la siguiente página. Indique la clase y las circunstancias de cada delito, así como la fecha y el lugar donde ocurrió.

Tiene que revelar cualquier condena, incluyendo condenas por haber manejado peligrosamente o bajo la influencia del alcohol, aun si:

1. eso pasó hace mucho tiempo;
2. sólo fue un delito menor (*misdemeanor*);
3. no tuvo que ir a la corte (su abogado fue por usted);
4. no tuvo que ir a la cárcel o la sentencia sólo fue una multa o un período de libertad condicional (*probation*);
5. recibió un certificado de rehabilitación;
6. la condena se descartó o se canceló más tarde, o se suspendió la sentencia.

NOTA: SI LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES PENALES REVELA ALGUNAS CONDENAS QUE USTED NO REVELÓ EN ESTE FORMULARIO, EL NO HABER REVELADO LAS CONDENAS RESULTARÁ EN LA NEGACIÓN DE UNA EXENCIÓN, LA NEGACIÓN DE LA SOLICITUD PARA LA LICENCIA, LA REVOCACIÓN DE LA LICENCIA, O SU EXCLUSIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO CON LICENCIA.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de California, que he leído y entiendo la información que contiene esta declaración jurada y que mis respuestas y cualquier documento adjunto son verdaderos y correctos.			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO	
SU NOMBRE (ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)	SU DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (VEA LA DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN LA SIGUIENTE PÁGINA)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR DEL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (DMV)	
FIRMA		FECHA	

CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO

NOMBRE: _____

Niño's (as) que llegan al cuidado de crianza, van a presentar diferentes tipos de comportamiento que varían de normal a serio, también pueden tener complicaciones relacionadas a su salud. Para ayudarnos a combinar a un niño (a) en su familia, nosotros necesitamos saber con que nivel se sentira agusto con respecto al comportamiento y salud de los temas relacionados. Porfavor sea lo mas honesto posible. Use la escala de comodidad para evaluar cada forma de comportamiento. Porfavor marque solo un numero.

1. Mas confortable, si puedo controlar este comportamiento.
2. Confortable, tengo algunas dudas si puedo manejar este comportamiento.
3. Menos confortable (o), no puedo lidiar con este comportamiento.

COMPORTAMIENTO	1	2	3	COMPORTAMIENTO	1	2	3	SALUD	1	2	3
Problemas haciendo amigos (as)				Roba en las tiendas del vecindario				Enfermedades del Corazon o de sangre			
Es retraido (a)				Roba a sus amistades				Discapacidad visual			
Es inmaduro (a)				Roba dinero, etc. de sus amigos (as)				Discapacidad Auditiva			
Miente moderadamente				Huye de la casa una ves ala semana				Trastorno Respiratorio			
Miente habitualmente				Juega con cerillos para divertirse				Epilepsia			
Es una influencia disruptiva en la casa				Juega con cerillos, eh intenta quemar las cosas				Ortopedico y/oh trastorno muscular			
Es suspendido (a) de la escuela				Golpea, pateo, o muerde a otros				Deficit del habla			
Es hiperactivo (a)				Lastima a los animales				Retraso del desarrollo			
Es temperamental a veces				Es destructivo (a) a tu propiedad				Infante expuesto a drogas			
Se enoja a veces por semanas				Se comporta mal despues de la visita familiar.				VIH positivo			
Moja la cama por las noches				Se masturba en privado				Necesita medicamentos para controlar comportamiento			
Te compara con sus padres				Se masturba enfrente del publico							
Es descuidado y negligente											
Descuida la higiene adecuada (bañarse, lavarse los dientes)											
No sabe aprender de sus errores											

COMENTARIOS:

PETICIÓN PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN) - DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD

Presentada por el solicitante

1. ORI: A0448			
2. Título/puesto en el trabajo: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)			
<input type="checkbox"/> Adulto residente que no es cliente	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Solicitante de licencia/certificación	<input type="checkbox"/> Voluntario
3. Tipo de solicitante autorizado - Use la lista en la página 2, "Tipos de establecimientos del CCLD abreviados por el DOJ."			
4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:			
CA Dept of Social Services		03502	
Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
PO BOX 944243	Mail Station 9-15-62		N/A
Número	Nombre de la calle o apartado postal		Nombre de la persona contacto
			(Obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)
Sacramento,	CA	94244-2430	() N/A
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de la persona contacto
5. Información del solicitante:			
Nombre del solicitante: (Por favor escriba con letra de molde.) _____			
	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO
AKA's (Alias, otros nombres que ha usado): _____		CDL No. (Número de licencia de manejar de California): _____	
	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	
DOB (Fecha de nacimiento): _____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Misc. No.: BI1 - 142884	NÚMERO DE LA OFICINA A LA QUE SE LE DEBE COBRAR (SI ES PERTINENTE)
HT (Estatura): _____	WT (Peso): _____	Misc. No.:	NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (D.I.) DE OTRO ESTADO
EYE Color (Color de OJOS): _____	HAIR Color (Color de PELO): _____	Dirección: (Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.)	
POB (Lugar de nacimiento): _____		NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL	
SOC (Número de Seguro Social): _____		CIUDAD, ESTADO, Y CÓDIGO POSTAL	
(Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4)			
6. Número del establecimiento: 247204084		Nivel de servicio <input checked="" type="checkbox"/> DOJ <input checked="" type="checkbox"/> FBI	
Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas dactilares, (select R2)*, anote el Original ATI No. _____			
7. Empleador: (Respuesta adicional solamente para presentaciones del Departamento de Servicios Sociales, licenciamiento relacionado al Departamento de Vehículos Motorizados/Patrulla de Caminos de California, y el Departamento de Corporaciones.)			
Rainbow Valley Foster Care			
Nombre del empleador			
2841 G. Street		N/A	
Número	Nombre de la calle o apartado postal		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)
Merced	CA	95340	209-722-0202
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de la oficina (opcional)
8.			
Live Scan Transaction Completed By: _____		Date _____	
	Name of Operator		
Transmitting Agency	LSID#	ATI No.	Amount Collected/Billed

4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:

Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales:

La siguiente información ya aparece impresa en el formulario:

Oficina: CA Dept of Social Services

Código para el correo: 03502

Número y nombre de la calle: PO BOX 944243, M.S. 9-15-62 Nombre de la persona contacto: N/A

Ciudad, Estado, Código postal: Sacramento, CA 94244-2430 Número de teléfono de la persona contacto: N/A

5. Información del solicitante: Anote con letra de molde su nombre completo (apellido, nombre, inicial del nombre que usa en medio).

AKA's: Otros nombres que el solicitante ha usado

CDL No.: Número de licencia de manejar o número de identificación en California.

DOB: Fecha de nacimiento SEXO: Masculino o Femenino

Misc. No.: BJL - Anote el número de la oficina a la que se le debe cobrar, si es pertinente.

HT: Estatura

WT: Peso

Misc. No.: Anote cualquier otro número(s) de identificación
(NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (D.I.) DE OTRO ESTADO.)

EYE Color: Color de ojos

HAIR Color: Color de pelo

Dirección: Dirección del solicitante.

POB: Estado o país en donde nació

SOC: Número de Seguro Social (opcional) (Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4.)

6. Número del establecimiento: Anote el número del establecimiento o el número OCA asignado (número de identificación de la oficina).

Nivel de servicio: Ya está Impreso.

Nota: Si se requiere una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI), el DOJ automáticamente la llevará a cabo y se cobrarán todas las cuotas pertinentes. No es necesario que el solicitante marque nada.

Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas dactilares, anote el Original ATI No. (número asignado al solicitante la primera vez que presenta una petición para que se tomen las huellas dactilares electrónicamente). Si sus huellas dactilares no fueron aceptadas y las está presentando otra vez, anote el Original ATI No. que aparece en la notificación de rechazo, para evitar que se le cobre una cuota adicional para el trámite.

7. Empleador: Anote el nombre y dirección del establecimiento para el cual se está tomando las huellas dactilares.

Nombre del empleador:

Anote el nombre del establecimiento.

Número y nombre de la calle:

Anote la dirección del establecimiento.

Código para el correo:

Anote el código para el correo del establecimiento (si es pertinente).

Ciudad, Estado, Código postal:

Anote la ciudad, estado y código postal del establecimiento.

Número de teléfono de la oficina:

Anote el número de teléfono del establecimiento.

8. *Live Scan Transaction Completed By*: Esta sección aparece en inglés debido a que es para que la complete la persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan*.

Lleve este formulario el día que le van a tomar las huellas dactilares. La persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan* completará la Sección 8. Si IBT - L1 son los que le proporcionarán los servicios de *Live Scan*, ellos le entregarán el formulario completado. Guarde este formulario en sus expedientes.

Si usa los servicios de *Live Scan* de otro que no sea IBT - L1, necesitará llevar dos (2) formularios. Un formulario se quedará con quien le proporcione los servicios y el otro usted lo puede guardar para sus expedientes.

Cuestionario SAFE I: Solicitante Soltero(a)

INSTRUCCIONES

- Por favor conteste todas las siguientes preguntas que se apliquen a Usted.
- Conteste todas las opciones donde se aplique a Usted. La mayoría de las preguntas se puede marcar más de una respuesta.

Nombre: _____ Fecha: _____

1

¿Quién lo crió principalmente a Usted? (Marque todos lo que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madre y padre | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Hermana o hermano(s) mayor(es) |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Abuela o abuelo(s) maternal(es) | <input type="checkbox"/> Madre o padre(s) adoptivo(s) |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuela o abuelo(s) paternal(es) | <input type="checkbox"/> Madre o padre(s) de crianza (Foster) |
| <input type="checkbox"/> Madre y madre | <input type="checkbox"/> Padre y madrastra/padrastro | <input type="checkbox"/> Guardián(es) Institucional / Hogar comunitario |
| <input type="checkbox"/> Padre y padre | <input type="checkbox"/> Madre y padrastro/madrastra | <input type="checkbox"/> Guardián(es) legal(es) |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Tía o tío(s) | <input type="checkbox"/> Otros: |

2

¿Fue Usted separado de uno o ambos de sus padres durante su infancia o niñez por alguna(s) de las siguientes razones?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No hubo separación | <input type="checkbox"/> Abandonado por su madre/padre/padres |
| <input type="checkbox"/> Sus padres se separaron | <input type="checkbox"/> Hospitalización a largo plazo del padre/madre/padres |
| <input type="checkbox"/> Sus padres se divorciaron | <input type="checkbox"/> Padre/madre/padres en el ejército |
| <input type="checkbox"/> La muerte del padre/madre/padres | <input type="checkbox"/> Padre/madre/padres encarcelado(s) |
| <input type="checkbox"/> Sacado de su casa por la policía o por el departamento de servicios sociales | |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

3

¿Qué edad tenía Usted la primera vez que se mudó de la casa de sus padres o de su guardián(es) principal(es)?

- ___ Cuantos años de edad
- Actualmente vivo con mi padre/madre/padres o guardián(es) principal(es)

4

¿Cuáles fueron las circunstancias que motivaron su primera salida de su casa? ¿Hubo circunstancias que provocaron un regreso?

5

Marque las casillas que mejor caracterizan la relación que tenía con su madre durante su niñez:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No tenía relación con ella | <input type="checkbox"/> Amistosa | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Ud. encargaba del cuidado de su madre |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Cálida | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de su madre |
| <input type="checkbox"/> Variable | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Ud. idolatraba a su madre |
| <input type="checkbox"/> Negligente | <input type="checkbox"/> Ahogadora | <input type="checkbox"/> Demostrativa | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Relajada | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Distante / no involucrada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Intima | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Demasiada protectora |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respetuosa | <input type="checkbox"/> Forzada | <input type="checkbox"/> Otros: |

6

Marque las casillas que mejor caracterizan la relación que tenía con su padre durante su niñez:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No tenía relación con él | <input type="checkbox"/> Amistosa | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Ud. encargaba del cuidado de su padre |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Cálida | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de su padre |
| <input type="checkbox"/> Variable | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Ud. idolatraba a su padre |
| <input type="checkbox"/> Negligente | <input type="checkbox"/> Ahogadora | <input type="checkbox"/> Demostrativa | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Relajada | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Distante / no involucrada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Intima | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Demasiada protectora |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respetuosa | <input type="checkbox"/> Forzada | <input type="checkbox"/> Otros: |

7

Si Usted no fue criado(a) principalmente por su madre y / o padre, ¿cuáles de las siguientes opciones describen la relación que tenía con su guardián(es) principal(es)?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Amistosa | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Ud. encargaba del cuidado de su guardián principal |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Cálida | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de su guardián principal |
| <input type="checkbox"/> Variable | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Ud. idolatraba a su guardián principal |
| <input type="checkbox"/> Negligente | <input type="checkbox"/> Ahogadora | <input type="checkbox"/> Demostrativa | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Relajada | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Distante / no involucrada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Intima | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Demasiada protectora |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respetuosa | <input type="checkbox"/> Forzada | <input type="checkbox"/> Otros: |

8

Marque las casillas que mejor describen su experiencia de la niñez:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Traumática |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Confusa | <input type="checkbox"/> Mimada |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Aterradora | <input type="checkbox"/> Agradable |
| <input type="checkbox"/> Maravillosa | <input type="checkbox"/> Caótica | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Emocionante | <input type="checkbox"/> Solitaria | <input type="checkbox"/> Estimulante |
| <input type="checkbox"/> Infeliz | <input type="checkbox"/> Segura | <input type="checkbox"/> Difícil de recordar |
| <input type="checkbox"/> Despreocupada | <input type="checkbox"/> Enfermiza | <input type="checkbox"/> Otros: |

9

Marque las casillas que mejor describen la relación que tenían sus padres o guardianes principales entre sí cuando Usted era chico(a):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tenían una relación | <input type="checkbox"/> Fría | <input type="checkbox"/> Comprometidos |
| <input type="checkbox"/> Divorciados | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Hostil |
| <input type="checkbox"/> Separados | <input type="checkbox"/> Violenta | <input type="checkbox"/> A veces juntos, a veces no |
| <input type="checkbox"/> Cercana | <input type="checkbox"/> Complaciente | <input type="checkbox"/> De apoyo |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto | <input type="checkbox"/> Relajada |
| <input type="checkbox"/> Divertida y juguetona | <input type="checkbox"/> Dominante / sumisa | <input type="checkbox"/> Afectada por el abuso de drogas / alcohol |
| <input type="checkbox"/> Desconfiada y recelosa | <input type="checkbox"/> Tensa | <input type="checkbox"/> Otros: |

10

¿Cómo calificaría Usted la capacidad de sus padres / guardianes principales para manejar sus propias vidas?

Madre o guardiana principal

Padre o guardián principal

- Muy bien
 Bien
 Más o menos
 No muy bien
 No sé

- Muy bien
 Bien
 Más o menos
 No muy bien
 No sé

11

Marque las casillas que mejor describen las características personales de su madre u otra guardiana principal cuando Usted era un chico(a):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Activa | <input type="checkbox"/> Relajada | <input type="checkbox"/> Malhumorada o voluble |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Extrovertida | <input type="checkbox"/> Criticó demasiado | <input type="checkbox"/> Amable |
| <input type="checkbox"/> Perfeccionista | <input type="checkbox"/> Generosa | <input type="checkbox"/> Trabajadora | <input type="checkbox"/> Egocéntrica |
| <input type="checkbox"/> Dominadora | <input type="checkbox"/> Agresiva | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Implacable |
| <input type="checkbox"/> Aislada | <input type="checkbox"/> Tímida | <input type="checkbox"/> Contenta | <input type="checkbox"/> Terca |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Seria | <input type="checkbox"/> Pesimista / se preocupó por todo |
| <input type="checkbox"/> Irracional | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Compasiva | <input type="checkbox"/> Manipulador / controlando todo |
| <input type="checkbox"/> Tranquila | <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Amistosa / social | <input type="checkbox"/> Pasiva |
| <input type="checkbox"/> Violenta | <input type="checkbox"/> Comprensiva | <input type="checkbox"/> Divertida / juguetona | <input type="checkbox"/> Muchos prejuicios |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Nerviosa / ansiosa | <input type="checkbox"/> Abusadora de drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Preocupada | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Segura de sí misma | <input type="checkbox"/> Tranquilizadora |
| <input type="checkbox"/> Rígida | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Dramática | <input type="checkbox"/> Otros: |

12

Marque las casillas que mejor describen las características personales de su padre u otro guardián principal cuando Usted era chico(a):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Relajado | <input type="checkbox"/> Malhumorado o voluble |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso | <input type="checkbox"/> Extrovertido | <input type="checkbox"/> Criticó demasiado | <input type="checkbox"/> Amable |
| <input type="checkbox"/> Perfeccionista | <input type="checkbox"/> Generoso | <input type="checkbox"/> Trabajador | <input type="checkbox"/> Egocéntrico |
| <input type="checkbox"/> Dominador | <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Implacable |
| <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Contento | <input type="checkbox"/> Terco |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Pesimista / se preocupó por todo |
| <input type="checkbox"/> Irracional | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Compasivo | <input type="checkbox"/> Manipulador / controlando todo |
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Amistoso / social | <input type="checkbox"/> Pasivo |
| <input type="checkbox"/> Violento | <input type="checkbox"/> Comprensivo | <input type="checkbox"/> Divertido / juguetón | <input type="checkbox"/> Muchos prejuicios |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Nervioso / ansioso | <input type="checkbox"/> Abusador de drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Preocupado | <input type="checkbox"/> Tierno | <input type="checkbox"/> Seguro de sí mismo | <input type="checkbox"/> Tranquilizador |
| <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Dramático | <input type="checkbox"/> Otros: |

13

¿Quién principalmente lo(a) disciplinó a Usted durante su niñez?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres por igual | <input type="checkbox"/> Abuela o abuelo(s) maternal(es) |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuela o abuelo(s) paternal(es) |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Tía o tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre o padre(s) de crianza (<i>Foster</i>) |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Guardián(es) legal(es) |
| <input type="checkbox"/> Hermana o hermano(s) mayor(es) | <input type="checkbox"/> Guardián(es) principal(es) |
| <input type="checkbox"/> Otras: | |

14

Marque las casillas que mejor describen la manera en que su madre o padre(es) o guardián(es) principal(es) lo(a) disciplinó a Usted durante su niñez:

Madre o guardiana principal

Padre o guardián principal

- No se aplica
- Coherente
- Avergonzando
- Justamente
- Con amenazas vanas
- Indulgente
- Privilegios eliminados
- Estrictamente
- Alimentos retenidos
- Sermoneando
- Tiempos apartados (*time outs*)
- Ignorando los malos comportamientos
- Me mandó a mi habitación
- Razonando conmigo
- Nalgadas
- Reuniones familiares
- Elogiando a los comportamientos positivos
- Tener que quedarse en casa cuando castigado
- Con consecuencias lógicas
- Usando restricciones físicas
- Castigados físicos (que no sean nalgadas)
- Otros:

- No se aplica
- Coherente
- Avergonzando
- Justamente
- Con amenazas vanas
- Indulgente
- Privilegios eliminados
- Estrictamente
- Alimentos retenidos
- Sermoneando
- Tiempos apartados (*time outs*)
- Ignorando los malos comportamientos
- Me mandó a mi habitación
- Razonando conmigo
- Nalgadas
- Reuniones familiares
- Elogiando a los comportamientos positivos
- Tener que quedarse en casa cuando castigado
- Con consecuencias lógicas
- Usando restricciones físicas
- Castigados físicos (que no sean nalgadas)
- Otros:

15

Marque las casillas que representan los valores personales de su madre o padre(es) o guardián(es) principal(es):

Madre o guardiana principal

Padre o guardián principal

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Honestidad | <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Honestidad |
| <input type="checkbox"/> Las creencias religiosas | <input type="checkbox"/> Cercanía familiar | <input type="checkbox"/> Las creencias religiosas | <input type="checkbox"/> Cercanía familiar |
| <input type="checkbox"/> Compasión | <input type="checkbox"/> El apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Compasión | <input type="checkbox"/> El apoyo familiar |
| <input type="checkbox"/> La conciencia social | <input type="checkbox"/> Posición social | <input type="checkbox"/> La conciencia social | <input type="checkbox"/> Posición social |
| <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo | <input type="checkbox"/> La educación | <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo | <input type="checkbox"/> La educación |
| <input type="checkbox"/> Ser responsable | <input type="checkbox"/> Auto respeto | <input type="checkbox"/> Ser responsable | <input type="checkbox"/> Auto respeto |
| <input type="checkbox"/> La libertad de expresión | <input type="checkbox"/> Independencia | <input type="checkbox"/> La libertad de expresión | <input type="checkbox"/> Independencia |
| <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero | <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero |
| <input type="checkbox"/> Ser padre o madre | <input type="checkbox"/> Fidelidad | <input type="checkbox"/> Ser padre o madre | <input type="checkbox"/> Fidelidad |
| <input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable | <input type="checkbox"/> Patriotismo | <input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable | <input type="checkbox"/> Patriotismo |
| <input type="checkbox"/> Costumbres espirituales o culturales | <input type="checkbox"/> Otros: | <input type="checkbox"/> Costumbres espirituales o culturales | <input type="checkbox"/> Otros: |

16

¿Cómo compararía sus valores personales con los de su madre o padre(s) o guardián(es) principal(es)?

- Básicamente comparto los mismos valores
- Comparto la mayor parte de sus valores
- Comparto algunos de sus valores
- No comparto ninguno de sus valores
- No lo sé

17

Marque las casillas que mejor describen las actitudes de su madre o padre(s) o guardián(es) principal(es) de la sexualidad cuando Usted era un chico(a):

Madre o guardiana principal

Padre o guardián principal

- Desconocido
- Incómodo hablando del sexo
- Abierto sobre la sexualidad
- Creyó que el sexo era pecado
- Cómodo hablando del sexo
- Actitudes sexuales liberales
- Normas antiguas o pasadas de moda
- Actitudes conservadoras
- Nunca hablaban del sexo
- Reprimido sexualmente
- Nada de sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenando la homosexualidad
- Apoyaban a la educación sexual
- Buen conocimiento del sexo
- Otros:

- Desconocido
- Incómodo hablando del sexo
- Abierto sobre la sexualidad
- Creyó que el sexo era pecado
- Cómodo hablando del sexo
- Actitudes sexuales liberales
- Normas antiguas o pasadas de moda
- Actitudes conservadoras
- Nunca hablaban del sexo
- Reprimido sexualmente
- Nada de sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenando la homosexualidad
- Apoyaban a la educación sexual
- Buen conocimiento del sexo
- Otros:

18

Marque las casillas que mejor describen cómo era de chico(a) (años pre-adolescentes):

- | | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Torpe | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Rebelde | <input type="checkbox"/> Tímido(a) |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Seguro(a) de sí mismo(a) | <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Curioso(a) |
| <input type="checkbox"/> Terco(a) | <input type="checkbox"/> Amigoso(a) | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Extrovertido(a) | <input type="checkbox"/> Obediente |
| <input type="checkbox"/> Infeliz | <input type="checkbox"/> Ansioso(a) / Nervioso(a) | <input type="checkbox"/> Tranquilo(a) | <input type="checkbox"/> Enfermizo(a) | <input type="checkbox"/> Pensativo(a) |
| <input type="checkbox"/> Agresivo(a) | <input type="checkbox"/> Serio(a) | <input type="checkbox"/> Activo(a) | <input type="checkbox"/> Inseguro(a) | <input type="checkbox"/> Callado(a) |
| <input type="checkbox"/> Temeroso(a) | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) | <input type="checkbox"/> Chistoso(a) | <input type="checkbox"/> Obediente | <input type="checkbox"/> Otros: |

19

Marque las casillas que mejor describen cómo era Usted. de adolescente:

- | | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Torpe | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Rebelde | <input type="checkbox"/> Tímido(a) |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Seguro(a) de sí mismo(a) | <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Curioso(a) |
| <input type="checkbox"/> Terco(a) | <input type="checkbox"/> Amigoso(a) | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Extrovertido(a) | <input type="checkbox"/> Obediente |
| <input type="checkbox"/> Infeliz | <input type="checkbox"/> Ansioso(a) / Nervioso(a) | <input type="checkbox"/> Tranquilo(a) | <input type="checkbox"/> Enfermizo(a) | <input type="checkbox"/> Pensativo(a) |
| <input type="checkbox"/> Agresivo(a) | <input type="checkbox"/> Serio(a) | <input type="checkbox"/> Activo(a) | <input type="checkbox"/> Inseguro(a) | <input type="checkbox"/> Callado(a) |
| <input type="checkbox"/> Temeroso(a) | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) | <input type="checkbox"/> Chistoso(a) | <input type="checkbox"/> Obediente | <input type="checkbox"/> Otros: |

20

Cuando Usted era un chico(a), ¿con quién compartía sus confianzas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Tía o tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Consejero(s) / maestro(s) |
| <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra | <input type="checkbox"/> Psiquiatra(s) / psicólogo(s) / trabajador(es) social(es) |
| <input type="checkbox"/> Hermana(s) o hermano(s) | <input type="checkbox"/> Guardián(es) principal(es) |
| <input type="checkbox"/> Clero | <input type="checkbox"/> Nadie |
| <input type="checkbox"/> Abuela(s) o abuelo(s) | <input type="checkbox"/> Prima(s) o primo(s) |
| <input type="checkbox"/> Amiga(s) o amigo(s) | <input type="checkbox"/> Otros: |

21

Cuando era niño(a) o de adolescente, ¿requirió asesoramiento o atención psiquiátrica?

- No Sí

22

¿Hubo problemas, incidentes o accidentes traumáticos durante su niñez que en la actualidad le causan angustia?

- No Sí

23

Marque las casillas que mejor describen su experiencia en sus primeras citas románticas:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No salí con nadie | <input type="checkbox"/> Traumática | <input type="checkbox"/> Salí mucho | <input type="checkbox"/> Aterradora |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Extraña | <input type="checkbox"/> Emocionante | <input type="checkbox"/> Corriente |
| <input type="checkbox"/> Aburrida | <input type="checkbox"/> Presionada o empujada | <input type="checkbox"/> Limitada | <input type="checkbox"/> Acompañada por otros |
| <input type="checkbox"/> En grupo | <input type="checkbox"/> Amistosa | <input type="checkbox"/> No estaba listo(a) para salir cuando empecé | |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | | |

24

Marque las casillas que mejor describen sus primeras experiencias sexuales:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limitadas | <input type="checkbox"/> No memorable | <input type="checkbox"/> Aterradoras | <input type="checkbox"/> Placenteras |
| <input type="checkbox"/> Traumáticas | <input type="checkbox"/> Extrañas | <input type="checkbox"/> Confusas | <input type="checkbox"/> Abusivas |
| <input type="checkbox"/> Torpes | <input type="checkbox"/> Románticas | <input type="checkbox"/> Vergonzosas | <input type="checkbox"/> Presionadas |
| <input type="checkbox"/> Excitantes | <input type="checkbox"/> Pesarasas | <input type="checkbox"/> Divertidas | <input type="checkbox"/> Otros: |

25

Si estuvo casado anteriormente, ¿cómo se terminó su matrimonio(s)?

- No se aplica Divorcio La muerte del esposo(a) Anulación

26

Si ha tenido una pareja(s) donde vivían juntos, ¿cómo se terminó(aron) su relación(es)?

- No se aplica Se terminó(aron) sin acuerdo(s) legal(es) Se terminó(aron) con acuerdo(s) legal(es)

27

Si pasó por un divorcio o terminó con su pareja, marque las casillas que mejor describen como fue la experiencia para Usted:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Loca | <input type="checkbox"/> Un alivio |
| <input type="checkbox"/> Fácil | <input type="checkbox"/> Injusta | <input type="checkbox"/> Frustrante | <input type="checkbox"/> Larga y prolongada |
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Amarga | <input type="checkbox"/> Justa | <input type="checkbox"/> Deprimente |
| <input type="checkbox"/> Aterradora | <input type="checkbox"/> Amistosa | <input type="checkbox"/> Devastadora | <input type="checkbox"/> Otros: |

28

¿Alguna vez has estado en una disputa por custodia de alguien?

- No Sí

29

¿Tiene Usted actualmente una pareja o está en una relación romántica?

- No Sí

Si sí, ¿cómo describiría Usted el tipo de relación que tienen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> De largo plazo | <input type="checkbox"/> Casual/no sería |
| <input type="checkbox"/> Nueva | <input type="checkbox"/> Parejas múltiples |
| <input type="checkbox"/> Intima | |

30

¿Con qué frecuencia discute Usted con los demás?

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al mes | <input type="checkbox"/> Una vez al día |
| | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Varias veces al día |

31

Marque las casillas que mejor describen las principales áreas de conflicto entre Usted y los demás:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Hábitos personales | <input type="checkbox"/> Las relaciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Expectativas personales | <input type="checkbox"/> La disciplina de los niños | <input type="checkbox"/> Los quehaceres domésticos |
| <input type="checkbox"/> La política | <input type="checkbox"/> Los amigos | <input type="checkbox"/> La religión |
| <input type="checkbox"/> El trabajo | <input type="checkbox"/> Los valores | <input type="checkbox"/> El tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> Alcohol / drogas | <input type="checkbox"/> Infidelidad | <input type="checkbox"/> Actividades separadas |
| <input type="checkbox"/> Actividades compartidas | <input type="checkbox"/> Cercanía emocional | <input type="checkbox"/> Separación emocional |
| <input type="checkbox"/> Tiempo aparte | <input type="checkbox"/> Tiempo juntos | <input type="checkbox"/> La participación familiar |
| <input type="checkbox"/> El dinero | <input type="checkbox"/> Viajes/vacaciones | <input type="checkbox"/> Otros: |

32

Marque las casillas que mejor describen la forma en que normalmente reacciona cuando Usted tiene un desacuerdo grande con los demás:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> Acordar en el desacuerdo |
| <input type="checkbox"/> Llegar a un acuerdo a través de un dar y recibir mutuo | <input type="checkbox"/> A veces gritando |
| <input type="checkbox"/> Tomar tiempo para pensar las cosas antes de hablar | <input type="checkbox"/> Salir de la casa para refrescarse |
| <input type="checkbox"/> Ceder y tratar de limar asperezas | <input type="checkbox"/> Callarse |
| <input type="checkbox"/> Buscar ayuda externa, como con un clérigo o consejero | <input type="checkbox"/> A veces pegar o romper cosas |
| <input type="checkbox"/> Las cosas se ponen físicas (empujones, golpes) | <input type="checkbox"/> Tratar de ser más listo que ellos |
| <input type="checkbox"/> Cambiar el tema | <input type="checkbox"/> Otros: |

33

Marque las casillas que mejor describen su relación actual con su madre y su padre:

Madre o guardiana principal

Padre o guardián principal

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Madre fallecida | <input type="checkbox"/> Dependiente | <input type="checkbox"/> Padre fallecido | <input type="checkbox"/> Dependiente |
| <input type="checkbox"/> No hay contacto | <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> No hay contacto | <input type="checkbox"/> Cariñosa |
| <input type="checkbox"/> Forzada | <input type="checkbox"/> Muy cerca | <input type="checkbox"/> Forzada | <input type="checkbox"/> Muy cerca |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Demasiado involucrada | <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Demasiado involucrada |
| <input type="checkbox"/> Cómoda | <input type="checkbox"/> Emocionalmente intensa | <input type="checkbox"/> Cómoda | <input type="checkbox"/> Emocionalmente intensa |
| <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> No participa suficiente | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> No participa suficiente |
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> A veces bien, a veces mal | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> A veces bien, a veces mal |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Problemática | <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Problemática |
| <input type="checkbox"/> Comprensión | <input type="checkbox"/> Agradable | <input type="checkbox"/> Comprensión | <input type="checkbox"/> Agradable |
| <input type="checkbox"/> Alegadora | <input type="checkbox"/> Mejorando | <input type="checkbox"/> Alegadora | <input type="checkbox"/> Mejorando |
| <input type="checkbox"/> Manipulativa | <input type="checkbox"/> Gratificante | <input type="checkbox"/> Manipulativa | <input type="checkbox"/> Gratificante |
| <input type="checkbox"/> Positiva | <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Positiva | <input type="checkbox"/> De apoyo |
| <input type="checkbox"/> Yo soy cuidador de ella | | <input type="checkbox"/> Yo soy cuidador de él | |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | <input type="checkbox"/> Otros: | |

34

¿Los miembros de su familia extendida lo(a) apoyan y ayudan (o apoyarán y ayudarán) a Usted en su papel como padre o madre?

- Todos los miembros de la familia ayudan y apoyan
- La mayoría de los miembros de la familia ayudan y apoyan
- Alrededor de la mitad ayudan y apoyan
- Pocos ayudan y apoyan
- No tengo miembros de la familia que ayudan y apoyan

35

En algunas familias, los diferentes puntos de vista sobre cosas como el estilo de vida, valores personales, religión, estatus socio-económico, orientación sexual, la política, etc., interfieren con las relaciones familiares. ¿Qué tanto interfieren estas cuestiones en su familia?

- Cuestiones como estas no interfieran en las relaciones dentro de mi familia
- Cuestiones como estas raras veces interfieren con las relaciones dentro de mi familia
- A veces cuestiones como estas interfieren con las relaciones dentro de mi familia
- Con frecuencia cuestiones como estas interfieren con las relaciones dentro de mi familia

36

¿Qué tan cómodo se sienten los miembros de su familia relacionándose con los niños?

- Todos los miembros de la familia se sienten cómodos
- La mayoría de los miembros de la familia se sienten cómodos
- Alrededor de la mitad se sienten cómodos
- Pocos se sienten cómodos
- Ningún miembro de mi familia se siente cómodo

37

Apunte los nombres de sus hermanos según la intimidad o distancia que siente Usted en su relación con cada uno:

- No tengo hermanos o hermanas
- Tengo relación muy íntima con: _____
- Tengo una relación un poco íntima con: _____
- Tengo poca relación con: _____
- Estoy en conflicto con: _____

38

¿Cuántos miembros de su familia inmediata y extendida están listos, dispuestos y capaces de aceptar plenamente a un niño sin parentesco en la familia?

- Todos los miembros de la familia están listos, dispuestos y capaces de aceptar plenamente
- La mayoría de los miembros de la familia están listos, dispuestos y capaces de aceptar plenamente
- Alrededor de la mitad están listos, dispuestos y capaces de aceptar plenamente
- Pocos están listos, dispuestos y capaces de aceptar plenamente
- Ningún miembro de mi familia está listo, dispuesto y capaz de aceptar plenamente

39

¿Cuántas personas en su vida, fuera de su familia, están listos, dispuestos y capaces de brindarle apoyo a Usted como madre o padre?

- Hay muchas personas que están listas, dispuestas y capaces de apoyarme
 Hay varias personas que están listas, dispuestas y capaces de apoyarme
 Hay algunas personas en particular que están listas, dispuestas y capaces de apoyarme
 Hay una persona que está lista, dispuesta y capaz de apoyarme
 No hay nadie que esté listo, dispuesto y capaz de apoyarme

40

¿Cuántas personas en tu vida te causan mucho conflicto y estrés?

- Hay muchas personas que me causan mucho conflicto y estrés
 Hay varias personas que me causan mucho conflicto y estrés
 Hay unas pocas personas selectas que me causan mucho conflicto y estrés
 Hay una persona que me causa mucho conflicto y estrés
 No hay nadie que me causa mucho conflicto y estrés

41

Marque las casillas que mejor describen su participación en círculos sociales y en la comunidad:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo amigos con quienes socializo | <input type="checkbox"/> Activo en la política |
| <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos con quienes socializo | <input type="checkbox"/> Asistencia regular a servicios religiosos |
| <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos con quienes socializo | <input type="checkbox"/> Asistencia ocasional a servicios religiosos |
| <input type="checkbox"/> Participación regular en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Rara vez / nunca asisto a servicios religiosos |
| <input type="checkbox"/> Participación ocasional en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Activo en organizaciones de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Rara vez me involucro en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Participación ocasional en organizaciones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> No participo en organizaciones comunitarias | <input type="checkbox"/> Participo en eventos culturales |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

42

Si está empleado fuera del hogar, ¿cuántas horas por semana trabaja Usted?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica | <input type="checkbox"/> 20 - 30 horas | <input type="checkbox"/> 41 - 50 horas |
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas | <input type="checkbox"/> 31 - 40 horas | <input type="checkbox"/> Más de 50 horas |

43

Si está empleado fuera de la casa, ¿cuánto tiempo lleva trabajando en su trabajo actual?

- No se aplica _____ año(s) y _____ mes(es)

44

Ya sea que trabaje dentro o fuera de la casa, ¿le gusta su trabajo?

- No Casi siempre A veces Siempre

45

¿Alguna vez ha sido despedido(a)?

- No Sí

46

¿Piensa cambiarse de carrera o de empleo en un futuro cercano?

- No Sí

47

¿Cómo disciplina o va a disciplinar a un(a) niño(a) bajo su cuidado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nalgadas | <input type="checkbox"/> La disciplina de acuerdo a lo que siento en el momento |
| <input type="checkbox"/> El castigo físico que no sean nalgadas | <input type="checkbox"/> Decirle al niño(a) que debería sentirse avergonzado |
| <input type="checkbox"/> Regañar | <input type="checkbox"/> Establecer reglas y consecuencias claras de antemano |
| <input type="checkbox"/> Castigar con tiempo apartado (<i>time out</i>) | <input type="checkbox"/> La restricción física, por ejemplo, atarlo a su cuna |
| <input type="checkbox"/> La discusión racional | <input type="checkbox"/> Utilizar consecuencias razonables y coherentes |
| <input type="checkbox"/> Levantando mi voz | <input type="checkbox"/> Quitar privilegios |
| <input type="checkbox"/> Decirle al niño(a) que no puede salir de la casa | <input type="checkbox"/> Amenazar con un castigo a futuro |
| <input type="checkbox"/> No hacer caso de la mala conducta del niño(a) | <input type="checkbox"/> Decirle al niño(a) lo tanto que me enoja |
| <input type="checkbox"/> Enviar al niño(a) a su habitación | <input type="checkbox"/> Otras: |

48

¿Cuál es el estado general de su salud?

- Excelente Bueno Regular Pobre

49

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?

- No Sí

50

¿Está tomando algún(os) medicamento(s)?

- No Sí

51

¿Usted o alguno de los miembros de su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Indique cual miembro de la familia mediante el siguiente código, colocando el número apropiado frente a la condición:

1 = YO

2 = MADRE O PADRE(S)

3 = HERMANO(S)

4 = NIÑO(S)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| ___ Diabetes | ___ Artritis | ___ Convulsiones | ___ Hipertensión |
| ___ Cáncer | ___ Enfermedad renal | ___ Colesterol elevado | ___ Dolores de cabeza frecuentes |
| ___ Asma | ___ Sordera | ___ Deterioro de la vista | ___ Alergias |
| ___ Ulceras | ___ Insomnio | ___ Problemas del corazón | ___ Anemia de células falciformes |
| ___ Colitis | ___ Tuberculosis | ___ Enfermedad de la tiroides | ___ Discapacidad de desarrollo |
| ___ Alcoholismo | ___ Drogadicción | ___ Discapacidad mental | ___ Ansiedad / ataques de pánico |
| ___ Depresión | ___ Síndrome bipolar | ___ Déficit de atención | ___ Infertilidad / esterilidad |
| ___ Esquizofrenia | ___ Enfermedad venéreas | ___ Trastorno de alimentación | |
| ___ Otra(s) condición(es): | | | |

Confirmo que la información contenida en este cuestionario es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____