



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?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
		Nunca	A Veces	Frecuentemente					
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
7	¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
8	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica				
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
9	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica				
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
10	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7