

Necesidades Familiares/Historia Familiar

1. ¿Tiene la familia transporte? Sí No
2. En el último año, ¿ha tenido problemas para satisfacer las necesidades básicas de su hijo en materia de vivienda, atención médica y / o alimentos? Sí No
3. ¿Alguna vez usted o su hijo han sido testigos de abuso de alcohol o drogas? Sí No
4. ¿Ha sido testigo usted o su hijo de violencia física, emocional, verbal o doméstica en el hogar?
 Sí No
5. ¿Alguna persona que vive en el hogar tiene una discapacidad?
 Sí No En caso afirmativo, indique _____
6. ¿Alguno de los padres del niño tiene una enfermedad mental? Sí No

 En caso afirmativo, indique _____
7. ¿Su hijo perdió recientemente a un padre debido a: (marque todo lo que corresponda)?
 Muerte Encarcelamiento Retiro Separación Abandono Deportación
8. ¿Ha estado la familia involucrada con los Servicios de Protección Infantil en los últimos 12 meses?
 Sí No
9. ¿Alguna vez ha perdido la custodia de su hijo o lo ha colocado voluntariamente en otro hogar?
 Sí No
10. ¿Alguna vez usted o su hijo se sienten aislados o tienen una interacción limitada con los demás?
 Sí No
11. ¿Ha habido algún otro evento serio que haya estresado a la familia? Sí No

 En caso afirmativo, indique _____
12. ¿Estas interesado en el currículo Crianza (Circulo de Seguridad)?
13. Por favor de listar talleres que le interesa asistir (por ejemplo; financiera, comprando casa, etc.)

Nombre del Nino(a): _____

Firma de Los Padres: _____ Fecha: _____