

Formulario de Registro de Pacients

Información para el paciente						
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:		
Fecha de Nacimiento:			Numero de Seguro Social:			
Si es menor, nombre del tutor y relación con el paciente:						
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="radio"/> Hombre-Mujer <input type="radio"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> No binario Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> ella, ella, la suya <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> no aparece en la lista  Nombre preferido: _____ <i>(Parafines de facturación, el nombre que aparece en su gráfico se mostrará como su nombre legal, pero el personal de la oficina hará anotaciones en su gráfico y hará todo lo posible para dirigirse a usted por su nombre preferido)</i>						
Dirección:		<input type="checkbox"/> Sin hogar	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal si es diferente:						
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ( )			Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celda ( )			
Dirección de correo electrónico:						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Idioma principal: Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Religión:		
Origen étnico:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Indidán nativo <input type="checkbox"/> Negro-afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño asiático-pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Contacto de emergencia						
Apellido, Nombre:			Relación:		Número de teléfono:	
Employment/Empleo						
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado						
Nombre del empleador:			Ocupación:			
Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:			
Información de farmacia						
Nombre:		Dirección:		Número de teléfono:		

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A OTROS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que Atiga Family Practice proporcione mi información de salud personal verificada a continuación

- Información de programación/cita
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Información de salud, incluidos los síntomas, el diagnóstico, los medicamentos y el plan de tratamiento con respecto a (\* los elementos a continuación deben verificarse o no se puede dar esta información);
  - Abuso de sustancias
  - Sanidad del comportamiento
  - Discapacidad del desarrollo
  - VIH/SIDA
- Resultados de laboratorio/pruebas
- Información de facturación y pago
- Toda la información de salud (\* Los elementos de información de salud protegida deben verificarse para dar esta información)

a las siguientes personas/empresas nombradas:

- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

La autorización expira un año después de la fecha de firma, a menos que se dé una fecha alternativa.

Fecha alternativa de vencimiento: \_\_\_\_\_

- Entiendo que se requiere mi firma para divulgar mi información personal, para incluir identificación con foto, número de seguro social, información de seguro, demografía e historial médico y tratamiento a otros, excepto en aquellas circunstancias en las que Atiga Family Practice está permitido o requerido por la ley para divulgar esta información. Por ejemplo, Atiga Family Practice puede divulgar copias de esta información a otros proveedores de atención médica, planes de salud, agencias gubernamentales y compañías de compensación de trabajadores. Además, entiendo que Atiga Family Practice está obligado por ley a informar ciertos diagnósticos al Departamento de Salud Pública de California, como convulsiones, cáncer y el diagnóstico de una enfermedad transmisible.
- Entiendo que este permiso permanecerá en vigor hasta la fecha indicada anteriormente o hasta el momento *en que lo revoque por escrito* (un formulario de acuerdo actualizado también revocará la validez de este acuerdo específico).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si no es la firma del paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

## ANNUAL MINOR HEALTH HISTORY UPDATE

<b>Name/Nombre:</b>	<b>Age/Edad:</b>	<b>DOB/Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Today's Date/Fecha:</b>
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

**Name of person completing form/  
Nombre de la persona que completa el formulario:** \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Relación con el paciente:

Parent/Madre o Padre     
  Grandparent/Abuela o Abuelo     
  Sibling/Hermana o Hermano  
 Other relative/Otro pariente     
  Guardian/Guardiana oGuardián

### Home information/ Información de la casa:

Whom does the patient reside with? / ¿Con quién reside el paciente?

Parent/Madre o Padre     
  Grandparent/Abuela o Abuelo     
  Sibling/Hermana o Hermano  
 Other relative/Otro pariente     
  Guardian/Guardiana oGuardián

How many people reside in the home/Cuántas personas residen en el hogar: \_\_\_\_\_

Parents are/ Los padres' son:   
 Married/Casado   
 Divorced/Divorciado   
 Separated/Apartado   
 Deceased/Fallecido

Is there drug, alcohol or smoking in the home?/¿Hay drogas, alcohol o fumar en casa?   
 Yes/Sí   
 No

### **Medical Diagnosis/Diagnóstico Médico**

Have you been diagnosed with any new conditions since your last office visit?/ ¿Le han diagnosticado alguna afección nueva desde su última visita al consultorio?  No

*If yes, please list the date, diagnosis, and the provider or medical group who diagnosed you/  
En caso afirmativo, indique la fecha, el diagnóstico y el proveedor o grupo médico que le diagnosticó:*

Date of Diagnosis/ Fecha de diagnóstico	Diagnosis/Diagnóstico	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

### **Surgeries/Cirugías**

Have you had any surgeries since your last office visit? /¿Ha tenido alguna cirugía desde su última visita al consultorio?  No

*If yes, please list the date, surgery, and the name of the provider or medical group who performed it/  
En caso afirmativo, indique la fecha, la cirugía y el nombre del proveedor o grupo médico que la realizó:*

Date of Surgery/ Fecha de la cirugía	Surgery/Cirugía	Provider/Medical Group Name Nombre del proveedor/grupo médico

### **Hospitalizations/Hospitalizaciones**

Have you been hospitalized (admitted as an inpatient) since your last office visit?  No

¿Ha sido hospitalizado (admitido como paciente hospitalizado) en algún hospital desde su última visita al consultorio?

*If yes, please list the dates you were admitted, the reason, and the name of the hospital/  
En caso afirmativo, indique las fechas en que fue admitido, el motivo y el nombre del hospital:*

**ANNUAL MINOR HEALTH HISTORY UPDATE CONTINUED**

<b>Name/Nombre:</b>	<b>Age/Edad:</b>	<b>DOB/Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Today's Date/Fecha:</b>
---------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------

Dates of Stay / Fechas de estancia	Reason for Hospitalization/ Motivo de la hospitalización	Name of Hospital/ Nombre del Hospital

<p><b>Vaccinations/ Vacunas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No previous vaccinations/ Sin vacunas previas</p> <p><b>**PLEASE PROVIDE OFFICE WITH COPY OF PREVIOUS VACCINATION**</b></p> <p><b>** POR FAVOR PROPORCIONE A LA OFICINA UNA COPIA DE LAS VACUNAS ANTERIORES **</b></p> <p><b>and TB test documents/y documentos de prueba de tuberculosis</b></p>
--

<b>Screenings/Proyecciones</b>
--------------------------------

Date last completed/Fecha de finalización por última vez \_\_\_\_\_

Eye exam/Examen de la vista: \_\_\_\_\_      Hearing Screen/Pantalla de audición: \_\_\_\_\_

No previous eye exam/Sin examen ocular previo       No previous hearing exam/ Sin examen auditivo previo

**Family History/ Historia familiar**

Have any family members been diagnosed with the below since your last office visit? /  None, /Nada

¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con lo siguiente desde su última visita al consultorio?

*If yes, please list which family member /En caso afirmativo, indique qué miembro de la familia*

Diabetes	
High Blood Pressure/Presión arterial alta	
Heart Disease/ Cardiopatía	
Stroke/ Carrera	
Mental Illness/ Enfermedad mental	
Cancer (Also list type/También tipo de lista )	

Do you have any new concerns you would like to discuss with your provider today?  No

Signature/Firma \_\_\_\_\_



By checking this box, I agree that I am electronically signing this document. / Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.

By checking this box, I agree that I have reviewed this document, but prefer to sign the document manually vs electronically./ Al marcar esta casilla, acepto que he revisado este documento, pero prefiero firmarlo manualmente en lugar de hacerlo electrónicamente.

Provider Signature/Firma del proveedor \_\_\_\_\_



## Evaluación periódica del riesgo de tuberculosis

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **REVISIÓN DE TB SÍNTOMA:**

- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? |                       |                       |
| 1. ¿Tos que ha durado más de 3 semanas?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Tos con sangre?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Pérdida de peso inexplicable?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Fiebre crónica?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Empapando sudores nocturnos?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(NECESITA CXR INMEDIATA Y EVALUACIÓN MÉDICA SI LA RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES)

### **NUEVOS RIESGOS MÉDICOS DE LA TB PARA LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE TB:**

- | Desde su última visita al consultorio, tiene un NUEVO diagnóstico de: | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿VIH?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Diabetes?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Cáncer?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Insuficiencia renal?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O ha comenzado a tomar alguno de los siguientes MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES:

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Prednisona?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Metotrexato?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ciclosporina?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Quimioterapia?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Medicamentos para la artritis reumatoide intravenosa, psoriásica o enfermedad de Chron? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### **NUEVO RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS:**

- | En los últimos 2 años ...   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido contacto con alguien con enfermedad de TB conocida?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Has pasado más de 2 semanas en Asia, África, América Latina o Europa del Este?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ha estado encarcelado en prisión o cárcel?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Ha estado sin hogar o viviendo en un hotel de ocupación de habitación individual?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Te has inyectado drogas callejeras?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Ha trabajado con personas sin hogar, trabajadores migrantes o consumidores de drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Ha trabajado como trabajador de la salud?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Se necesita una prueba de TB nueva o repetida (Mantoux o análisis de sangre) si la respuesta es SÍ a CUALQUIERA de las preguntas anteriores

**REQUERIDO:** Documentar los resultados de los pacientes de Mantoux o análisis de sangre en la historia clínica y la base de datos.

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

## 5 – 8 años (5 – 8 Years)

Nombre del niño ( nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	¿Año escolar?
Persona que llena el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor	Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre cualquier sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?  
 Sí  No

**Clinic Use Only:**

Nutrition

1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>				Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>				
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>				
4	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>				
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>				
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>				Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>				
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>				Safety
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>				
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>				
11	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>				
12	¿Coloca usted siempre a su hijo en un asiento para niños en el en el asiento de atrás (o usa un cinturón de seguridad) si su hijo mide más de 4'9"?" <i>Always places child in booster seat in back seat (or seat belt) if child is over 4'9"?</i>				
13	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>				

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHE DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

14	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>				
15	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>				
16	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>				
17	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>				
18	¿A su hijo le ha pegado alguien o le ha pegado él a alguien durante el año pasado? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>				
19	¿Su hijo ha sido acosado alguna vez o se sintió inseguro en la escuela o en su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>				
20	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>				Dental Health
21	¿Su hijo parece a menudo triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>				Mental Health
22	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>				Tobacco Exposure
23	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>				Other Questions

*Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:*

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:



**Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) - Niños**

**Debe llenarlo el proveedor de cuidados**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Su relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

**Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo(a). Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su hijo(a) para que lo podamos ayudar a estar lo más saludable posible. Desde el nacimiento de su hijo(a), ¿él(ella) vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones?** Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por "O". Si responde "Sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es "Sí".

Parte 1	Marcar "Sí" donde corresponda.
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado J)reso(a)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (!) (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez el padre/madre/proveedor de cuidados ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tuvo alguna vez o actualmente tiene el padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados del niño problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no fue protegido de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? O ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Algun adulto en el hogar a menudo o muy a menudo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto a su hijo(a)? O ¿Alguna vez algún adulto en el hogar golpeó tan fuerte a su hijo(a) que le quedaron marcas o heridas? O ¿Alguna vez algún adulto en el hogar amenazó a su hijo(a) o actuó de manera que aterrorizara a su hijo(a) con que podía causarle daño físico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo, alguna persona tocó a su hijo(a) o le pidió que tocara a esa persona de una manera que no deseaba, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental del(los) proveedor(es) de cuidados del niño(a)? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 1?**

*Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario*

Child (Parent/Caregiver Report) - Identified

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Parte 2	Marcar "Si" donde corresponda.
■ ¿Alguna vez su hijo(a) vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (por ejemplo, lo(la) han molestado o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un período de seis meses, pasar por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez usted se ha preocupado por que su hijo(a) no tenía suficiente que comer o porque la comida se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez su hijo(a) se separó de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
■ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

¿Cuántas respuestas "Si" aparecen en la Parte 2?

Child (Parent/Caregiver Report) - Identified

Provider Signature: \_\_\_\_\_