

Cuestionario para evaluar el entorno familiar

Edición en proceso de investigación



Adulto responsable del niño o niña: María Espinosa Fecha: July 22, 2020

Nombre de los niños o niñas: Manuel Espinosa

INSTRUCCIONES: Marque **SÍ** o **NO** en la casilla que mejor describe su situación actual. Marque **MOTIVO DE PREOCUPACIÓN** si este es un problema para usted o para su familia.

A. Educación y empleo	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Ha terminado sus estudios de preparatoria/bachillerato (12 años de escolaridad) u obtenido su GED?	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _X	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
2. ¿Ha sido difícil encontrar o mantener un trabajo por no hablar bien el idioma?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
3. ¿Tiene dificultades para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
4. ¿Tiene trabajo, está asistiendo a clases o a alguna capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> _Z	<input checked="" type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _V	<u>15</u>
5. ¿Tiene un trabajo al nivel en el que le gustaría estar?	<input type="checkbox"/> _Z	<input checked="" type="checkbox"/> _X	<input type="checkbox"/> _V	<u>10</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita? <i>necesita ayuda para encontrar clases de trabajo</i>				<u>25</u> _T
B. Vivienda	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Se considera usted una persona sin hogar? (Por ejemplo, vive en un refugio, en un automóvil, o en una casa de campaña porque no tiene una casa o apartamento.)	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
2. ¿Vive con amigos o familia por necesidad? (Por ejemplo, se mudó con algún miembro de su familia porque no tiene suficientes recursos para tener su propia casa.)	<input checked="" type="checkbox"/> _X	<input type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>10</u>
3. ¿Se ha mudado 3 veces o más en el último año?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
4. ¿Su casa se encuentra en condiciones que están por debajo de lo que se considera aceptable? (Por ejemplo, no tiene agua caliente o un sistema de plomería que le suministre agua en su hogar, o un techo con goteras o un baño que esté fuera de la casa.)	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
5. ¿Han presenciado violencia en su casa o vecindario usted o su/s hijo/as?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?				<u>10</u> _T
C. Salud del niño o niña y de la familia	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Tiene usted o alguien en su hogar problemas graves de salud? (Un problema grave es aquel que es crónico y que afecta la vida cotidiana.)	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
2. ¿Usted y su familia tienen seguro de salud o acceso a atención médica y dental?	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _X	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
3. ¿Alguien en su hogar tiene algún problema con el alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
4. ¿Alguien en su hogar tiene problemas de depresión, agresividad o ansiedad?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
5. ¿Tiene algún/a hijo/a con problemas de aprendizaje o de conducta?	<input type="checkbox"/> _X	<input checked="" type="checkbox"/> _Z	<input type="checkbox"/> _V	<u>0</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?				<u>0</u> _T

INSTRUCCIONES: Marque **SÍ** o **NO** en la casilla que mejor describe su situación actual. Marque **MOTIVO DE PREOCUPACIÓN** si este es un problema para usted o para su familia.

D. Finanzas y economía familiar	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Le preocupa no tener suficiente comida para su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>10</u>
2. ¿Sus ingresos son suficientes para cubrir sus gastos mensuales?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
3. ¿Está participando en programas de apoyo tales como WIC, estampillas de comida (SNAP), o Medicaid?	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>10</u>
4. ¿Tiene problemas de crédito?	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
5. ¿Tiene acceso a un teléfono cuando necesita hacer llamadas?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?				<u>20</u> _T
E. Vida familiar	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Tiene una pareja que vive con usted la mayor parte del tiempo?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
2. ¿Tiene conflictos con su pareja frecuentemente?	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
3. ¿Está en una relación en la que ha sido lastimada/o físicamente, amenazada/o o en la que alguien la/lo controla?	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
4. ¿Tiene acceso a servicios de cuidado infantil que cubran las necesidades de su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
5. ¿Tiene tiempo para leer o para cantar con su/s hijo/s varias veces por semana?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?				<u>0</u> _T
F. Comunidad	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN	
1. ¿Su familia participa en actividades de la comunidad? (Por ejemplo, van a la biblioteca, juegan algún deporte, van a la iglesia o asisten a algún otro evento de la comunidad.)	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
2. ¿Tiene personas a su alrededor con las que puede hablar de sus problemas?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
3. ¿Su/s hijo/s se lleva/n bien con otros niños?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
4. ¿Tiene amigos o familiares que la/lo puedan ayudar cuando lo necesita?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
5. ¿Tiene acceso a un medio de transporte regularmente? (Por ejemplo, acceso a un automóvil, autobús, tren o metro.)	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?				<u>0</u> _T
				<u>55</u> _{OT}

Formulario ESQ para referir familias a servicios

Nombre de los niños o niñas: Manuel Espinosa Nombre del adulto responsable de los niños o niñas: María Espinosa Fecha: 22 de julio de 2020

Nombre de la persona que llena este formulario: Danielle Whitfield Profesión: especialista en servicios familiares Fecha de la próxima evaluación: 1 de noviembre de 2020

Use este formulario para compilar los resultados del ESQ, así como para anotar cuál será el seguimiento y la decisión tomada en relación a referir a la familia a los servicios más apropiados según los resultados del ESQ. Consulte la **Guía ESQ™** para obtener más información.

- **Puntaje:** Transfiera el puntaje de cada área del ESQ. Sume el puntaje de todas las áreas para obtener el total. *Se recomienda que se haga un seguimiento para cualquier preocupación que anoten los padres y para cualquier puntaje que sea de 30 puntos o más en cualquiera de las áreas.*
- **Necesidad de un servicio:** Vea las sugerencias sobre servicios relevantes para cada área del ESQ. Escriba todo lo que la familia haya pedido y qué tan urgente es cada necesidad (moderada o significativa). Indique qué servicios serían relevantes, así como las agencias locales disponibles para ayudar a las familias con sus necesidades.
- **Determinación:** Escriba qué determinación se tomó (se proporcionó la manera de contactar a la organización sugerida, o se le dio una solicitud o volante a la familia, etc.). Marque "No se tomó ninguna determinación" si la familia no necesita ningún servicio o ayuda.

ÁREA DE DESARROLLO DEL ESQ	PUNTAJE	NECESIDAD DE UN SERVICIO	DETERMINACIÓN
A. Educación y empleo	25	Clases de GED Clases de inglés (ESL) Ingreso al colegio comunitario o universidad Asistencia económica Capacitación laboral Asesoría crediticia Otro:	<i>proporcionó una lista de clases de capacitación laboral en el área</i>
B. Vivienda	10	Vivienda pública Albergues para personas sin hogar Otro:	
C. Salud del niño o niña y de la familia	0	Salud física Salud mental Adicciones Salud dental Seguro de salud Conducta infantil Otro:	
D. Finanzas y economía familiar	20	Despensa de comida SNAP (estampillas de comida) Programa WIC TANF Asesoría crediticia Otro:	
E. Vida familiar	0	Consejería para parejas Violencia doméstica Cuidado de relevo Guardería o cuidado infantil Libros para hijos/as Otro:	
F. Comunidad	0	<i>Especifique los recursos que estén disponibles en su comunidad (servicios religiosos/espirituales, deportes, campamentos, artes, jardines comunitarios, biblioteca, grupos para papás y mamás, grupos de juego, transporte público):</i>	
Observaciones generales	Total 55		