

¿Qué cuidador participó (nombre del cliente)?

Fecha de actividad: ____ / ____ / ____

En las últimas 2 semanas, ¿lo atormentó el pensamiento de que estaría mejor muerto o pensó en autolesionarse de alguna manera?

- No
- Sí

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido mal respecto a usted mismo o ha sentido que es un fracaso o que ha sido una desilusión para usted mismo o para su familia?

- No
- Sí

En el último año, ¿alguna persona lo ha golpeado, abofeteado o pateado o le ha infligido algún otro daño físico?

- No
- Sí

¿Le tiene miedo a su pareja o a otra persona importante para usted?

- No
- Sí

En el pasado, ¿tuvo dificultades en su vida debido al uso de sustancias?

- No
- Sí; indique a qué sustancias:
 - Alcohol
 - Drogas
 - Medicamento recetado

Desde que comenzó su embarazo, ¿tuvo dificultades en su vida debido al uso de sustancias?

- No
- Sí; indique a qué sustancias:
 - Alcohol
 - Drogas
 - Medicamento recetado

Cuando disciplina a su hijo, ¿usted pierde el control?

- No
- Sí

¿Tiene una fuente de ingresos segura?

- No
- Sí

¿Puede pagar sus cuentas mensuales?

- No
- Sí

En los últimos 6 meses, ¿alguna vez tuvo problemas para adquirir alimentos?

- No
- Sí

¿Alguna persona de su grupo familiar pronto será convocado a servir en el ejército o regresará a casa luego de servir en el ejército?

- No

- Sirviendo en el ejército
- Regresará a casa luego de servir en el ejército
- Pronto será convocado a servir en el ejército

¿En su hogar hay niños con necesidades médicas/especiales?

- No
- Sí

¿Tuvo algún bebé nacido 3 semanas o más antes de la fecha de parto?

- No
- Sí

¿Tuvo algún bebé que haya pesado menos de 2.5 kg (5 libras, 8 onzas)?

- No
- Sí

¿Fumó al menos un cigarrillo en la última semana?

- No
- Sí

¿Vive con usted alguna persona que actualmente fume?

- No
- Sí

¿Está retrasado en el pago de su alquiler/hipoteca?

- No
- Sí

¿Su casa está en malas condiciones (es decir, no hay agua corriente; no hay electricidad; hay artefactos que no funcionan)?

- No
- Sí

¿Cuenta con un lugar seguro y estable donde vivir?

- No
- Sí

¿Ha tenido algún bebé que no haya nacido vivo?

- No
- Sí

¿Ha tenido algún bebé que haya muerto durante su primer año de vida?

- No
- Sí

¿Cuenta con un transporte seguro?

- No
- Sí

Si tiene un hijo o hijos, ¿qué tan a menudo usted o un miembro adulto de la familia le(s) lee/lee con su(s) hijo(s) durante la semana?

- Menos de una vez a la semana
- De 1 a 2 veces por semana
- De 3 a 4 veces por semana
- De 5 a 6 veces por semana
- Todos los días
- No aplica (no tengo hijos)