

## **Cuestionario Para Padres - R**

**Estimado padre o cuidador:** Ser padre no siempre es fácil. Queremos ayudar a las familias a tener un ambiente seguro para los niños. Por ello realizaremos estas preguntas a todos sobre los problemas que pueden afectar a muchasfamilias. Si existe un problema, intentaremos ayudar.

Responda las preguntas sobre su hijo al que hoy se le realizará un chequeo. Si hay más de un niño, responda "sí" si corresponde a cualquiera de ellos. Esto es voluntario. No tiene que responder las preguntas que prefiere no responder.		
Fe	cha:	/ / Nombre del niño:
	cha de nacimier	
MARQUE		
□ Sí	□ No	¿Quiere que le demos el número de teléfono del Servicio de Toxicología?
□Sí	□ No	¿Necesita conseguir una alarma de humo para su casa?
□Sí	□ No	¿Alguien fuma en su casa?
□ Sí	□ No	En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de poder comprar más?
□Sí	□ No	En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró se acabó y no tenía dinero para comprar más?
□Sí	□ No	¿Generalmente siente que le resulta difícil cuidar a su hijo?
□Sí	□ No	¿A veces siente que necesita abofetear o golpear a su hijo?
□ Sí	□ No	¿Quisiera tener más ayuda con su hijo?
□Sí	□ No	¿Generalmente se siente en situación de estrés extremo?
□Sí	□ No	Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido, o desesperado?
□Sí	□ No	Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?
Considerando los últimos 3 meses		
□Sí	□ No	¿Su pareja y usted han tenido muchas peleas?
□Sí	□ No	¿Una pareja lo ha amenazado, empujado, golpeado, pateado o lastimado físicamente de cualquier forma?
□Sí	□ No	¿Ha bebido 4 o más tragos en un día?
□Sí	□ No	¿Ha usado una droga ilegal o medicamento de venta bajo receta para motivos no médicos?
□Sí	□ No	Otras cosas con las que desea recibir ayuda hoy:

Entregue este formulario al médico o enfermero al que verá hoy. Le sugerimos que converse con él/ella sobre cualquier cosa de esta lista. ¡Gracias!