

Información de contacto de la familia

1. ¿Cuál es el nombre del niño

Nombre*:

Segundo nombre:

Apellido*:

2. Indique la dirección del lugar donde se realizarán las visitas.

Tipo de dirección*:

☐ Casa

☐ Trabajo

☐ Hotel

☐ Refugio de personas sin hogar

☐ Escuela

☐ Organización comunitaria

☐ Iglesia

☐ Agencia de derivación

☐ Otro

País*:

Dirección línea 1:

Dirección línea 2:

Ciudad:

Estado*:

Código postal*:

Municipio*:

Otro:

3. Indique el número de teléfono y la dirección de correo electrónico más adecuados para comunicarse con la familia.

País:

Tipo de teléfono:

Número:

Correo electrónico:

Niño participante: Datos demográficos

4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño?

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

5. ¿Cuál es el género del niño? Seleccione todas las que correspondan. *

☐ Niña	☐ Niño	☐ No binario
☐ Utiliza un término diferente	☐ No desea responder	

6. El niño se identifica como hispano y/o latino? *

☐ Si

☐ No

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la raza/etnia del niño? Seleccione entre las categorías y subcategorías: *

☐ Indígena americano o nativo de Alaska

Seleccione todas las opciones que le correspondan:

☐ Nativo de Alaska

☐ Indígena Americano

☐ Otro/Prefiere describirse:

☐ Asiático

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Indio asiático

☐ Birmano

☐ Camboyano

☐ Chino

☐ Filipino

☐ Hmong

☐ Japonés

☐ Coreano

☐ Nepalíes

☐ Vietnamita

☐ Otro/Prefiere describirse:

☐ Negro y/o afroamericano

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Afroamericano

☐ Caribeño

☐ Congoleño

☐ Eritreo

☐ Jamaicano

☐ Nigeriano

☐ Etíope

☐ Kenyano

☐ Somalí

☐ Haitiano

☐ Kongo

Otro/Prefiere describirse:

☐ Del oriente medio o África del norte

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Egiptio

☐ Libanés

☐ Sudanés

☐ Iraní

☐ Libio

☐ Sirio

☐ Iraquí

☐ Marroquí

Otro/Prefiere describirse:

☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Chamorro

☐ Marshalés

☐ Samoano

☐ Fiyiano

☐ Micronesio

☐ Tongano

☐ Guameña

☐ Hawái nativo

Otro/Prefiere describirse:

☐ Blanco

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Inglés

☐ Irlandés

☐ Polaco

☐ Rumano

☐ Ruso

Otro/Prefiere describirse:

Adulto participante: Datos demográficos

10. ¿Cuál es el nombre del adulto?

Nombre*:

Segundo nombre:

Apellido*:

11. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del adulto? *

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

12. ¿Cuál es el género en cuál el adulto se identifica? Seleccione todas que correspondan: *

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ No binario

☐ Prefiere describirse

☐ No desea responder

13. ¿Cuál es la relación del adulto con el niño? *

☐ Padre

☐ Padre adoptivo

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

Otro:

14. ¿El adulto nació en los Estados Unidos? *

☐ Si

☐ No

☐ No desea responder

15. ¿Si su respuesta a la pregunta anterior es 'No', ¿en qué país nació el adulto? ¿Cuánto años ha vivido el adulto en los Estados Unidos? *

País

Años:

16. El adulto se identifica como hispano y/o latino?*

☐ Si

☐ No

17. ¿Con cuál raza/etnia se identifica el adulto? Seleccione entre las categorías y subcategorías: *

☐ Indígena americano o nativo de Alaska

Seleccione todas las opciones que le correspondan:

☐ Nativo de Alaska

☐ Indígena Americano

Otro/Prefiere describirse:

☐ Asiático

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

☐ Indio asiático

☐ Birmano

☐ Camboyano

☐ Chino

☐ Filipino

☐ Hmong

☐ Japonés

☐ Coreano

☐ Nepalíes

☐ Vietnamita

☐ Otro/Prefiere describirse:

☐ Negro y/o afroamericano

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

- ☐ Afroamericano
- ☐ Eritreo
- ☐ Jamaicano
- ☐ Nigeriano

- ☐ Caribeño
- ☐ Etíope
- ☐ Kenyano
- ☐ Somalí

- ☐ Congoleño
- ☐ Haitiano
- ☐ Kongo

Otro/Prefiere describirse:

- ☐ Del oriente medio o África del norte

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

- ☐ Egipto
- ☐ Libanés
- ☐ Sudanés

- ☐ Iraní
- ☐ Libio
- ☐ Sirio

- ☐ Iraquí
- ☐ Marroquí

Otro/Prefiere describirse:

- ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

- ☐ Chamorro
- ☐ Marshalés
- ☐ Samoano

- ☐ Fiyiano
- ☐ Micronesio
- ☐ Tongano

- ☐ Guameña
- ☐ Hawái nativo

Otro/Prefiere describirse:

- ☐ Blanco

Seleccione todas las subcategorías que le correspondan:

- ☐ Inglés
- ☐ Rumano

- ☐ Irlandés
- ☐ Ruso

- ☐ Polaco

Otro/Prefiere describirse:

19. ¿Cuál es la lengua materna del adulto?*

¿ Lengua materna:

20. ¿ El adulto habla inglés?*

☐ Si

☐ Algo de inglés

☐ No

21. ¿El adulto escribe en inglés? *

☐ Si

☐ Algo de inglés

☐ No

22. ¿ El adulto lee en inglés? *

☐ Si

☐ Algo de inglés

☐ No

23. ¿Cuál es el nivel más alto de educación completado del adulto?*

☐ Menos del 9o grado

☐ Escuela secundaria (sin diploma)

☐ Graduado de la escuela secundaria (high school)

☐ GED (Título de equivalencia de graduado)

☐ Algo de universidad (sin título)

☐ Carrera técnica (Associate's degree)

☐ Licenciatura

☐ Título de posgrado o superior

24. ¿El adulto está actualmente inscrito en una escuela o programa educativo? *

☐ Si

☐ No

25. ¿Cuál es la situación laboral del adulto *

☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ No está empleado

26. ¿Si el adulto está empleado, en que industria laboral trabaja?

☐ Arquitectura e ingeniería	☐ Arte, diseño, entretenimiento	☐ Limpieza de edificios y terrazas y mantenimiento
☐ Negocios y finanzas	☐ Servicios comunitarios y sociales	☐ Informática y matemáticas
☐ Construcción e extracción	☐ Educación, capacitación y biblioteca	☐ Agricultura, pesca y silvicultura
☐ Preparación y servicio de alimentos	☐ Profesionales de la salud y técnicos	☐ Apoyo a la atención médica
☐ Instalación, mantenimiento, reparación	☐ Legal	☐ Ciencias de la vida, físicas y sociales
☐ Administración	☐ Oficina y apoyo administrativo	☐ Cuidado y servicio personal
☐ Producción	☐ Servicio de protección	☐ Ventas y relacionados
☐ Transporte y mudanza	Otro:	

27. ¿El adulto tenía 19 años o menos cuando nació su hijo?

☐ Si ☐ No

28. ¿El adulto es un/a padre/madre soltero/a?

☐ Si ☐ No

29. ¿El adulto ha servido en el ejército?

☐ Si

☐ No

Hogar: Datos demográficos

30. Por favor, proporcione la siguiente información sobre las demás personas que viven en el hogar con el niño participante.*

Número de otros adultos:

Número de hermanos / as y/u
otros niños:

31. De los hermanos / as y/u otros niños que viven en el hogar, ¿cuántos participarán en las visitas? *

Número de hermanos / as y/u otros niños participantes:

32. ¿Cuál es la composición familiar en el hogar? *

☐ Pareja

☐ Madre soltera

☐ Padre soltero

☐ Padres adoptivos

☐ Abuelos

☐ Multigeneracional

Other:

33. ¿La familia está sin hogar? *

Las personas sin hogar se definen como una persona que carece de vivienda (sin tener en cuenta si la persona es miembro de una familia), incluida una persona cuya residencia principal durante la noche es una instalación pública o privada supervisada (por ejemplo, refugios) que proporciona alojamiento temporal, y una persona que es residente en una vivienda de transición (es decir, una familia que vive con otra familia).

☐ Si

☐ No

34. ¿Cuánto tiempo ha vivido la familia en la residencia actual? *

Años:

35. * ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar? Seleccione todas las opciones que correspondan. *

Idioma(s):

36. ¿Cuál es el ingreso anual del hogar?*

☐ Menos de \$10,000

☐ \$10,001-\$15,000

☐ \$15,001-\$20,000

☐ \$20,001-\$25,000

☐ \$25,001-\$30,000

☐ \$30,001-\$35,000

☐ \$35,001-\$40,000

☐ \$40,001-\$45,000

☐ \$45,001-\$50,000

☐ \$50,001-\$55,000

☐ \$55,001-\$60,000

☐ More than \$60,000

37. ¿La familia o el niño / a en el programa recibe ayuda del gobierno? Seleccione todas las opciones que correspondan. *

☐ Si, recibe ayuda

☐ No, no recibe ayuda

Si reciben ayuda, seleccione todas que correspondan:

☐ Subsidio para el cuidado de los niños

☐ Cupones de alimentos

☐ Médico

☐ Vivienda pública/Sección 8	☐ Seguro Social (SSI, SSD)	☐ TANF (subvención en bloque de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
☐ Desempleo	☐ WIC	Otros:

Hogar: Salud y desarrollo

38. ¿El niño ha sido diagnosticado médicamente con un retraso en el desarrollo o con una discapacidad? *

☐ Si	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

39. En caso afirmativo, ¿ha recibido el niño servicios de apoyo o terapias para el retraso en el desarrollo o la discapacidad? En caso negativo, pase a la pregunta 42.*

☐ Si	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

40. En caso afirmativo, ¿para cuál de los siguientes retrasos en el desarrollo o discapacidades ha recibido el niño servicios de apoyo o terapias? Seleccione todas las opciones que correspondan.*

☐ Trastorno del lenguaje o del habla	☐ Deterioro de la visión	☐ Pérdida auditiva
☐ Déficit de atención/hiperactividad	☐ Trastorno del espectro autista	☐ Parálisis cerebral
☐ Síndrome del Alcoholismo Fetal (SAF)	☐ Síndrome del cromosoma X frágil	☐ Discapacidad intelectual
☐ Kernicterus	☐ Trastornos del aprendizaje	☐ Distrofia muscular
☐ Retraso en el procesamiento sensorial	☐ Síndrome de Tourette	Otros:

41. Si no, ¿cuál fue la razón principal por la que el niño no recibió servicios de apoyo/terapias para el retraso en el desarrollo o la discapacidad?*

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Experiencia previa negativa con la atención médica | ☐ Altos costos de la atención médica | ☐ Imposibilidad de tomarse tiempo libre |
| ☐ No tener seguro | ☐ Desconfianza en el proveedor | Otros: |

42. ¿Se le ha diagnosticado al niño alguna enfermedad crónica?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Si | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

43. En caso afirmativo, ¿ha recibido el niño tratamiento médico por afecciones crónicas? Si la respuesta es 'No', pase a la pregunta 46.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Si | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

44. En caso afirmativo, ¿por cuál de los siguientes motivos ha recibido tratamiento médico el niño?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| ☐ Alergias | ☐ Asma | ☐ Cáncer |
| ☐ Diabetes | ☐ Epilepsia | ☐ Enfermedad cardíaca |
| ☐ Envenenamiento por plomo | ☐ Obesidad | ☐ Condición bucodental |
| Otro: | | |

45. Si no es así, ¿por qué el niño no ha recibido tratamiento médico para sus afecciones crónicas?

☐ Experiencia previa negativa con la atención médica

☐ No tener seguro

☐ Altos costos de la atención médica

☐ Desconfianza en el proveedor

☐ Imposibilidad de tomarse tiempo libre

Otros:

46. ¿El niño tuvo bajo peso al nacer (menos de 2,50 kg o 5 lb 8 oz)?

☐ Si

☐ No

47. ¿El niño nació prematuramente (antes de las 37 semanas de gestación)?

☐ Si

☐ No

48. ¿Recibió la madre atención prenatal durante el embarazo?

☐ Si

☐ No

49. ¿El niño participante está al día con sus visitas de control pediátrico?*

☐ Si

☐ No

50. ¿El niño participante ha tenido cobertura médica continua durante los últimos 6 meses?*

☐ Si, está asegurado

☐ No, no está asegurado

En caso afirmativo, especifique el tipo de seguro médico:

☐ Privado

☐ Patrocinado por el gobierno federal (Medicare, Medicaid)

☐ Patrocinado por el gobierno estatal

☐ Tricare

☐ A través del empleador

Otros:

51. ¿El adulto participante ha tenido cobertura médica continua durante los últimos 6 meses?*

Si hay más de un adulto participante y su cobertura difiere, responda la pregunta por el adulto que participa en la mayoría de las visitas.

☐ Si, está asegurado

☐ No, no está asegurado

En caso afirmativo, especifique el tipo de seguro médico:

☐ Privado

☐ Patrocinado por el gobierno federal (Medicare, Medicaid)

☐ Patrocinado por el gobierno estatal

☐ Tricare

☐ A través del empleador

Otros:

52. ¿Hay otros miembros del hogar cobertura médica con cobertura médica continua durante los últimos 6 meses?*

☐ Si, está(n) asegurado(s)

☐ No, no está(n) asegurado(s)

En caso afirmativo, especifique el tipo de seguro médico:

☐ Privado

☐ Patrocinado por el gobierno federal (Medicare, Medicaid)

☐ Patrocinado por el gobierno estatal

☐ Tricare

☐ A través del empleador

Otros:

Hogar: Participación en otros servicios

53. ¿El niño y/o adulto participante ha recibido anteriormente alguno de los siguientes servicios? Seleccione todos los que correspondan.

☐ Play and Learn/Grupos de juego y aprendizaje	☐ Early Head Start en centros comunitarios	☐ Pre-K/Jardín de infancia
☐ Visitas domiciliarias de Early Head Start	☐ Servicios de intervención temprana	☐ Healthy Beginnings
☐ Healthy Families	☐ Nurse-Family Partnership/Asociación entre enfermeras y familias	☐ Parent As Teachers (PAT)
☐ Child First	☐ HIPPY	☐ Cuidado infantil en centros comunitarios
☐ Cuidado infantil familiar	☐ Head Start	Otros:

54. ¿El niño y/o adulto participante recibe actualmente alguno de los siguientes servicios? Seleccione todos los que correspondan.

☐ Play and Learn/Grupos de juego y aprendizaje	☐ Early Head Start en centros comunitarios	☐ Pre-K/Jardín de infancia
☐ Visitas domiciliarias de Early Head Start	☐ Servicios de intervención temprana	☐ Healthy Beginnings
☐ Healthy Families	☐ Nurse-Family Partnership/Asociación entre enfermeras y familias	☐ Parent As Teachers (PAT)
☐ Child First	☐ HIPPY	☐ Cuidado infantil en centros comunitarios

☐ Cuidado infantil familiar

☐ Head Start

Otros:

Información del programa (SOLO ADMINISTRADORES)

55. Fecha de ingreso*

(mm/dd/aaaa):

56. ¿Cómo se financia la inscripción de esta familia en el programa? *

☐ Beca o subvención de una fundación

☐ Ciudad

☐ Estado

☐ First Steps

☐ Title 1

☐ United Way

☐ Distrito escolar

☐ CalWORKS

☐ Housing Authority (La autoridad de vivienda)

☐ Municipio/Condado

☐ ONGs (organizaciones sin fines de lucro)

Otro:

57. ¿Qué idioma(s) se hablará(n) durante la visita?*

Idioma(s):

58. ¿Cómo se enteró la familia del programa?*

☐ Coordinador de alcance

☐ Derivación de una agencia o programa de la comunidad

☐ Alcance del ELS

☐ Derivación de otro programa de visitas domiciliarias

☐ Derivación de una familia del programa

☐ Derivación de los Servicios de Intervención Temprana

☐ Escuela	☐ Boca a boca	☐ Evento comunitario
☐ Derivación del Sistema Central de Admisión	☐ Redes sociales o sitio web	Otros:

59. ¿Recibiste el consentimiento de la familia para compartir datos con socios externos?

☐ Si	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

Notas del coordinador: