



## Cuestionario para padres

**Estimada/o Madre, Padre o Tutor:** Ser padre no siempre es fácil. Queremos ayudarla/o a crear un ambiente seguro para los niños. Por eso estamos haciendo preguntas sobre problemas que afectan a muchas familias. Si hay un problema, intentaremos ayudar.

Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de su hijo/a que hoy nos visita para su consulta médica. Si tiene más de un niño, responda "sí" cuando se aplique a alguno de ellos.

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. ¿Necesita el número telefónico de la Central de Envenenamiento (*Poison Control*)?  
 Sí  
 No
2. ¿Necesita un detector de humo en su hogar?  
 Sí  
 No
3. ¿Alguien fuma tabaco en su hogar?  
 Sí  
 No
4. Durante el año pasado, ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (*food stamps*)?  
 Sí  
 No
5. Durante el año pasado, ¿alguna vez se le acabó la comida que había comprado y no tuvo dinero para conseguir más?  
 Sí  
 No
6. ¿Siente a menudo que su niño/a es difícil de cuidar?  
 Sí  
 No
7. ¿Siente a veces que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada?  
 Sí  
 No
8. ¿Desearía tener más ayuda para criar a su niño/a?  
 Sí  
 No
9. ¿Siente a menudo que se encuentra bajo un estrés extremo?  
 Sí  
 No
10. Durante el mes pasado, ¿se ha sentido a menudo abatido, deprimido o desesperado?

- Sí
- No

11. Durante el mes pasado, ¿ha sentido que ha perdido el interés o el gusto en cosas que solía disfrutar?

- Sí
- No

12. Durante el año pasado, ¿ha tenido miedo de su pareja?

- Sí
- No

13. Durante el año pasado, ¿ha tenido problemas con las drogas o el alcohol?

- Sí
- No

14. Durante el año pasado, ¿ha sentido que debería disminuir el consumo de alcohol o drogas?

- Sí
- No

15. ¿Tiene algún otro problema para el que quisiera ayuda hoy?

- Sí
- No

**Por favor entregue este formulario a su médico o enfermera. ¡Gracias!**