

Barrier Screening Tool

(Spanish Translation)

© Copyright 2002 State of Wisconsin
Department of Children and Families. All
rights for the commercial use of these
materials are reserved.



State of Wisconsin
Department of Children and Families
January 2003

WISCONSIN DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES

The Functional Screen

Note to Interviewer: The W-2 Barrier Screening Tool Agreement must be reviewed with the participant and signed before you begin.

Interviewer narrative: *Primero, tengo unas preguntas sobre su capacidad de moverse.*

A. Mobility	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
A1. <i>¿Tiene problemas para caminar rápido o caminar largas distancias?</i>				
A2. <i>¿Necesita la ayuda de alguien o algo (como un bastón o un andador) para caminar o manejar?</i>				
A3. <i>¿Necesita ayuda para moverse en su comunidad?</i>				
If answer to A3. is "Todo el tiempo" or "La mayoría del tiempo," ask for explanation: <i>"Por favor explique qué tipo de ayuda necesita y por qué"</i>	<hr/> <hr/>			

Interviewer If the response to any of the above questions is "Todo el tiempo," or "La mayoría del tiempo" follow up by asking: *"¿Esta condición le causará problemas en el trabajo o en su capacitación vocacional (entrenamiento de trabajo)?* If "Sí", *¿Qué problemas le causará?.* Write in response below:

Referral Information: Refer to a physician, or DVR or a private vocational rehabilitation agency if information given indicates that the condition may affect her or his ability to work or to take part in a job training program.

Interviewer narrative: *Las siguientes preguntas son acerca de sus capacidades físicas.*

B. PHYSICAL DEMANDS	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
B1. ¿Se le dificulta estar de pie o sentado(a) durante largo rato?				
B2. ¿Se le dificulta agacharse, doblar la cintura o ponerse en cuclillas?				
B3. ¿Se le dificulta cargar cosas?				
B4. ¿Se le dificulta subir escaleras o mantener el equilibrio?				

Interviewer: If the response to any of the above questions is “Todo el tiempo,” or “La mayoría del tiempo,” follow up by asking: “¿Esta condición le causará problemas en el trabajo o en su capacitación vocacional (entrenamiento de trabajo)?” If “Sí”, ¿Qué problemas le causará? Write in response below:

Referral Information: Refer to a physician, or DVR or a private vocational rehabilitation agency if information given indicates that the condition may affect her or his ability to work or to take part in a job training program.

Interviewer Narrative: *Las siguientes tres preguntas son sobre su sensibilidad a olores, ruido y temperaturas.*

C. ENVIRONMENTAL CONDITIONS	Sí	No
C1. <i>¿Es alérgico(a) al polvo, humos u olores?</i>		

Interviewer: If the response is "Sí," follow up by asking: "*¿Esta condición le causará problemas en el trabajo o en su capacitación vocacional (entrenamiento de trabajo)?*" If "sí", *¿Qué problemas le causará?* Write in response below:

C. ENVIRONMENTAL CONDITIONS	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
C2. <i>¿Le molesta el ruido o las vibraciones?</i>				

Interviewer: If answer is "Todo el tiempo," or "La mayoría del tiempo," ask for more information; "*Dígame algunos ejemplos de las maneras en que el ruido y las vibraciones le molestan*":

C. ENVIRONMENTAL CONDITIONS	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
C3. <i>¿Le causan problemas las temperaturas extremas?</i>				

Interviewer: If answer is "Todo el tiempo," or "La mayoría del tiempo," ask for more information; "*Dígame ejemplos de las maneras en que las temperaturas extremas le causan problemas*":

Referral Information: Refer to a physician, or DVR or a private vocational rehabilitation agency if information given indicates that the condition may affect her or his ability to work or to take part in a job training program.

Interviewer Narrative: *Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su capacidad de ser independiente, sin necesitar ayuda.*

D. SELF CARE	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
D1. <i>¿Tiene problemas para cocinar, hacer las compras o hacer otros quehaceres domésticos sin ayuda?</i>				
D2. <i>¿Necesita ayuda con el manejo del dinero?</i>				
D3. <i>¿Se le olvida o necesita que alguien le recuerde pagar sus cuentas o de sus citas?</i>				
D4. <i>¿Se le dificulta recordar lo que alguien le acaba de decir o algo que escuchó recientemente?</i>				

Referral Information: Refer for Screen 2 if answer to any of the questions is “Todo el tiempo” or “La mayoría del tiempo”.

Interviewer Narrative: Nos falta menos de la mitad del cuestionario. El siguiente grupo de preguntas es sobre su interacción con otras personas en su idioma materno.

E. COMMUNICATIONS	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
E1. <i>¿Le cuesta trabajo a la gente entender lo que usted le dice?</i>				
E2. <i>¿Se le dificulta explicarles a los demás lo que quiere o necesita?</i>				
E3. <i>¿Se le dificulta entender o recordar lo que ve, lee o escucha?</i>				
E4. <i>¿Se le dificulta expresarse oralmente o por escrito?</i>				
E5. <i>¿Se le dificulta concentrarse en el trabajo?</i>				

Referral Information: Refer for Screen 2 if answer to any of the questions is “Todo el tiempo” or “La mayoría del tiempo.”

F. SOCIAL SKILLS	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
F1. <i>¿Se siente incómodo(a) cuando está con otras personas, en las multitudes o en lugares que no conoce?</i>				
F2. <i>¿Se enoja o frustra fácilmente? o ¿alguien le ha dicho alguna vez que se enoja o frustra fácilmente?</i>				
F3. <i>¿Le cuesta trabajo seguir las indicaciones de un supervisor?</i>				
F4. <i>¿Le cuesta trabajo pedir ayuda cuando tiene dificultades con una tarea?</i>				

Referral Information: Refer for Screen 2 if answer to any of the questions is “Todo el tiempo” or “La mayoría del tiempo.”

Interviewer Narrative: Ya casi terminamos con el cuestionario. En las últimas preguntas tiene que contestar “sí” o “no” y se van a pasar rápido.

G. WORK LIMITATIONS	Sí	No
G1. ¿Tiene algún problema médico (p. ej. diabetes, epilepsia, convulsiones, cardiopatías, tuberculosis)		
If “sí”, “Dígame qué problemas médicos tiene:”	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Interviewer: If medical condition is identified, follow up by asking:
 “¿Esta condición le causará problemas en el trabajo o en las actividades de trabajo? If answer is “sí”, ¿Qué problemas le causará?. Write in response below:

Referral Information for G1: Refer to a physician, or DVR or a private vocational rehabilitation agency if information given indicates that the condition may affect her or his ability to work, or to take part in a job training program.

G. WORK LIMITATIONS	Sí	No
G2. ¿Actualmente tiene problemas de:		
a. Consumo de alcohol o drogas? Referral Information for G2a: Refer to AODA service provider for assessment if answer is “Sí.”		
b. Ansiedad Referral Information for G2b: Refer for Screen 2 if answer is “Sí.”		
c. Depresión Referral Information for G2c: Refer for Screen 2 if answer is “Sí.”		
G3. Cuando iba a la escuela, ¿alguna vez se atrasó en sus estudios o necesitó ayuda especial para aprender? o ¿alguna vez estuvo en clases de educación especial? Referral Information for G3: Refer for Screen 2 if answer to either question is “Sí.”		

Interviewer Comments: *¿Hay alguna otra cosa que no cubrí y que usted considera es importante que yo sepa?*

Interviewer Narrative: *Gracias por contestar el cuestionario.*

Domestic Abuse Screen (Interviewer Version)

Domestic Abuse Screen Interviewer Version

Interviewer Narrative: *Debido a que la violencia doméstica y la violación sexual daña a tantas personas, le hacemos las siguientes preguntas a todas las personas que llegan a nosotros para pedirnos ayuda. Estas preguntas nos ayudarán a averiguar cómo podemos servirle mejor y ponerle en contacto con los servicios que necesita. La información que usted comparta con nosotros mediante esta pantalla se mantendrá confidencial.*

Si le resulta incómodo responder a cualquiera de las preguntas sobre violencia doméstica o violación sexual, dígamelo y pasaré a la siguiente pregunta, o puede pedirme que detenga la entrevista. No se le penalizará de ninguna manera por sus respuestas.

Si lo prefiere, puedo encontrar un lugar tranquilo donde pueda sentarse y responder las preguntas por su cuenta.

Note to Interviewer: The questions below refer to a relationship between the participant and a “partner.” Please explain the following to the participant. For purposes of the screen “partner” can include any of the following: a spouse or former spouse, an adult with whom the individual has or had a dating relationship, an adult with whom the person has a child in common, an adult or minor family member, or an adult or minor with whom the person resides or formerly resided. This is to acknowledge the broad circumstances in which domestic abuse can occur.

#	Pregunta	SÍ	NO
1	¿Alguna persona le lastima a usted, a sus hijos, a sus otros familiares o amigos, o a sus mascotas?		
2	¿Estuvo alguna vez en una relación en la cual su pareja le lastimó, ya sea física o sexualmente? (ejemplos: golpear, agarrar fuertemente, empujar, asfixiar, reprimir)?		
3	¿Alguna vez su pareja se negó a que usted tuviera dinero, le hizo pedir dinero o le sacó dinero contra su voluntad?		
4	¿Recibió alguna vez servicios o vivió en un refugio para víctimas de violencia doméstica o de violación sexual?		
5	¿Alguna persona está abusando emocional o verbalmente a usted o sus hijos?		
6	¿Su pareja actual o expareja le llama, acosa o acecha en el trabajo o en las clases de capacitación?		
7	¿Su pareja le mantiene despierto toda la noche para que falte al trabajo o a las clases?		
8	¿Hace algo su pareja para que a usted le sea difícil ir al trabajo o hacer otras actividades de su vida diaria?		
9	¿Usted o sus hijos se sienten abrumados por el trauma de una violación o agresión sexual?		
10	¿Está implicado o implicada en una acción del sistema judicial debido a violencia doméstica o violación sexual?		

Interviewer Narrative: *Gracias por su paciencia y cooperación.*

Domestic Abuse Screen (Interviewer Version)

Referral Information: One or more “Si” answers (in either current or past relationship) may indicate the need to refer participant to local domestic abuse services for safety planning, counseling or housing needs. A referral to a local domestic abuse agency may be made as a result of how the participant responded to the screen **or** as a result of your informal observations and discussions with the participant. Follow through on the referral is not mandatory for the participant. S/he will choose whether or not to access the services depending on her/his situation.

Note to Interviewer: Regardless of how the participant answered the screen, please share with her/him pamphlets and brochures offering information on the issue of domestic abuse and about the local agencies that offer domestic abuse services. The participant may choose not to take the pamphlets and brochures with them, as doing so may endanger them; therefore, this decision should be respected.

Good Cause Claim: At this time, depending on the screen outcome, it may be appropriate to review the Good Cause Claim form which explains how to claim good cause for not cooperating with child support.

Cuestionario de maltrato en el hogar Versión autoadministrada

Introducción: Debido a que la violencia doméstica y la violación sexual daña a tantas personas, le hacemos las siguientes preguntas a todas las personas que llegan a nosotros para pedirnos ayuda. Estas preguntas nos ayudarán a averiguar cómo podemos servirle mejor y ponerle en contacto con los servicios que necesita. La información que usted comparta con nosotros mediante esta pantalla se mantendrá confidencial.

Si le resulta incómodo responder a cualquiera de las preguntas sobre violencia doméstica o violación sexual, dígamelo y pasaré a la siguiente pregunta, o puede pedirme que detenga la entrevista. No se le penalizará de ninguna manera por sus respuestas.

Las preguntas siguientes son sobre la relación entre usted y su “pareja”. En este cuestionario “pareja” puede incluir a los siguientes individuos: un cónyuge o ex cónyuge, un adulto que haya sido su novio o novia, un adulto con el que tuvo un bebé, un adulto o menor miembro de la familia, o un adulto o menor con quien reside o residió. Esto es para incluir la gama completa de circunstancias en las que puede ocurrir el maltrato en el hogar.

#	Pregunta		
		SÍ	NO
1	¿Alguna persona le lastima a usted, a sus hijos, a sus otros familiares o amigos, o a sus mascotas?		
2	¿Estuvo alguna vez en una relación en la cual su pareja le lastimó, ya sea física o sexualmente? (ejemplos: golpear, agarrar fuertemente, empujar, asfixiar, reprimir)?		
3	¿Alguna vez su pareja se negó a que usted tuviera dinero, le hizo pedir dinero o le sacó dinero contra su voluntad?		
4	¿Recibió alguna vez servicios o vivió en un refugio para víctimas de violencia doméstica o de violación sexual?		
5	¿Alguna persona está abusando emocional o verbalmente a usted o sus hijos?		
6	¿Su pareja actual o expareja le llama, acosa o acecha en el trabajo o en las clases de capacitación?		
7	¿Su pareja le mantiene despierto toda la noche para que falte al trabajo o a las clases?		
8	¿Hace algo su pareja para que a usted le sea difícil ir al trabajo o hacer otras actividades de su vida diaria?		
9	¿Usted o sus hijos se sienten abrumados por el trauma de una violación o agresión sexual?		
10	¿Está implicado o implicada en una acción del sistema judicial debido a violencia doméstica o violación sexual?		

Gracias por su paciencia y cooperación. Por favor entréguele el cuestionario a su FEP o asistente social.

Si tiene preguntas sobre esto o si le gustaría obtener información sobre el maltrato en el hogar o sobre proveedores de servicios para personas maltratadas, hable con su FEP o asistente social.

Domestic Abuse Screen (Self-Administered Version)

WISCONSIN DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT

Screen 2

Note to Interviewer: Screen 2 is only required when the Functional Screen indicates it is necessary.

Interviewer Narrative: *Primero me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su educación escolar y cómo aprende en el idioma en el que fue educado(a).*

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Tuvo algún problema de aprendizaje en los grados sexto a octavo (escuela secundaria o media) | Sí | No |
| 2. ¿Le cuesta trabajo contestar las preguntas de un examen cuando tiene una hoja de respuestas separada? | Sí | No |
| 3. ¿Le cuesta trabajo trabajar con números en una columna? | Sí | No |
| 4. ¿Le cuesta trabajo juzgar las distancias? | Sí | No |
| 5. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas de aprendizaje? | Sí | No |

A. Number of "sí" responses = _____

- | | | |
|---|----|----|
| 6. ¿Tuvo algún problema de aprendizaje en los grados primero a quinto (primaria)? | Sí | No |
| 7. ¿Se confunde con los signos de matemáticas (=/x)? | Sí | No |

B. Number of "sí" responses multiplied by 2 = _____

- | | | |
|--|----|----|
| 8. ¿Le cuesta trabajo llenar formularios? | Sí | No |
| 9. ¿Le cuesta trabajo aprenderse números de memoria? | Sí | No |
| 10. ¿Se le olvida cómo escribir palabras que conoce? | Sí | No |

C. Number of "sí" responses multiplied by 3 = _____

- | | | |
|--|----|----|
| 11. ¿Le cuesta trabajo tomar apuntes? | Sí | No |
| 12. ¿Le cuesta trabajo sumar y restar números pequeños mentalmente? | Sí | No |
| 13. ¿Alguna vez estuvo en un programa especial o le dieron ayuda especial en la escuela? | Sí | No |

D. Number of "sí" responses multiplied by 4 = _____

Total (A + B + C + D) = _____

Referral Information: If total is more than 12 refer to a psychologist, or DVR or private vocational rehabilitation agency.

Interviewer Narrative: *Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su manera de lidiar con cosas que quizás le inquietan.*

- | | | |
|--|----|----|
| 14. <i>¿Le cuesta trabajo recordar detalles del pasado?</i> | Sí | No |
| 15. <i>¿Siente que en su vida está solo(a) o aislado(a) de la gente?</i> | Sí | No |
| 16. <i>¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño o permanecer dormido(a)?</i> | Sí | No |
| 17. <i>¿Se inquieta o pone nervioso(a) sin motivo?</i> | Sí | No |
| 18. <i>¿Los sueños o los recuerdos del pasado le causan problemas en el trabajo o en la vida diaria?</i> | Sí | No |
| 19. <i>¿Alguna vez ha perdido el apetito por más de dos semanas? o ¿alguna vez ha subido o bajado hasta dos libras (1 kg) a la semana durante varias semanas sin tratar?</i> | Sí | No |
| 20. <i>Durante este último mes, ¿ha sentido temor sin tener motivo?</i> | Sí | No |

Referral Information: Any two “sí” responses on questions 14-20, refer to a psychologist or DVR or private vocational rehabilitation agency.

Interviewer Narrative: *Por favor vea esta hoja.*

Note to Interviewer: Please give response sheet to participant.

Interviewer Narrative: *Elija la respuesta más acertada para cada pregunta en cuanto a la frecuencia con que le ha sucedido cada situación.*

Note to Interviewer: Please circle the appropriate response for each of the questions.

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Una gran parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
21. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado muy nervioso(a)?	1	2	3	4	5	6
22. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido en paz?	6	5	4	3	2	1
23. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido(a)?	1	2	3	4	5	6
24. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido feliz?	6	5	4	3	2	1
25. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado tan deprimido(a) que nada le ayuda?	1	2	3	4	5	6

Referral Information: 1. Add up each of the numbers circled

Question 21 = _____

Question 22 = _____

Question 23 = _____

Question 24 = _____

Question 25 = _____

Total = _____

2. Divide up the total score by the number of questions answered (usually it would be 5).

Average score = _____

3. If the average score is less than 2.9, refer to a psychologist, or DVR, or private rehabilitation agency.

Interviewer Narrative: Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lesiones que haya tenido en la cabeza.

26. *¿Alguna vez ha sufrido un golpe fuerte o lesión en la cabeza?* Sí No

Note to Interviewer: If answer is “no,” proceed to the next set of questions beginning with question 29.

If answer is “sí,” proceed to question 27 below.

27. *¿Alguna vez estuvo inconsciente por más de 15 minutos después de un golpe o lesión en la cabeza (por ejemplo después de un accidente o una caída)?* Sí No

Note to Interviewer: If answer is “no,” proceed to the next set of questions beginning with question 29.

If “sí”, proceed to question 28 below.

28. *Después del golpe y de haber estado inconsciente, ¿notó cambios considerables en su:*

<i>a. Memoria</i>	Sí	No
<i>b. Humor</i>	Sí	No
<i>c. Relaciones</i>	Sí	No
<i>d. Habilidad de seguir con su vida cotidiana</i>	Sí	No

Referral Information: If response to question 28 is “sí,” refer to a psychologist, or DVR or private vocational rehabilitation agency.

Interviewer Narrative: *Finalmente, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su consumo de drogas y alcohol.*

- | | | |
|---|----|----|
| 29. Durante el último año, ¿alguna amistad o miembro de la familia le ha dicho que le preocupa su comportamiento? | Sí | No |
| 30. Durante el último año, ¿alguna amistad o miembro de la familia le ha dicho que le preocupa su consumo de alcohol o drogas y le ha sugerido que lo disminuya? | Sí | No |
| 31. ¿Algunas veces cree que debe disminuir su consumo de alcohol o drogas? | Sí | No |
| 32. ¿Algunas veces se toma un trago o se droga cuando se despierta en la mañana? | Sí | No |
| 33. Durante el último año, ¿alguna amistad o miembro de la familia le ha hablado de cosas que dijo o hizo cuando estaba tomando o drogado(a) y que usted no se acuerda? | Sí | No |
| 34. Durante el último año, ¿alguna vez se ha sentido culpable o apenado(a) después de tomar o consumir drogas? | Sí | No |
| 35. Durante el último año, ¿alguna vez no ha podido cumplir con sus compromisos debido a su consumo de alcohol o drogas? | Sí | No |
| 36. Durante el último año, ¿ha perdido amistades, un novio o novia, un cónyuge o la custodia de un hijo debido a su consumo de alcohol o drogas? | Sí | No |

Referral Information: One "sí" response to questions 30-36, refer to an AODA service provider.

Interviewer Narrative: *Gracias por sus respuestas y su paciencia.*

Note to Interviewer: Please give this list to participant while you ask the questions.

Scoring Sheet for Screen 2 Questions 21 – 25

Todo el tiempo

La mayoría del tiempo

Una gran parte del tiempo

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

Section I Family Needs

Interviewer Narrative: *Las siguientes preguntas tienen que ver con cualquier miembro de su familia que forme parte de su unidad familiar y que tenga necesidades especiales debido a un impedimento o una afección médica. Esta información me ayudará a determinar si se debe dar consideración especial al asignarle a usted trabajo, capacitación u otras actividades.*

Note to Interviewer: For any YES responses, the Summary should include name, age and relationship of family member and an explanation of the problem or special need described by the participant.

¿Algún miembro de su familia que forma parte de su unidad familiar tiene necesidades especiales por las cuales a usted se le dificulta trabajar?

SÍ NO

Summary:

¿Algún miembro de su familia que forma parte de su unidad familiar tiene problemas médicos?

SÍ NO

Summary:

¿Algún miembro de su familia que forma parte de su unidad familiar es suspendido frecuentemente de la escuela o del trabajo (o se mete en problemas) debido a problemas de comportamiento?

SÍ NO

Summary:

¿Tiene un hijo que falta frecuentemente a la escuela?

SÍ NO

Summary:

¿Tiene un hijo que recibe servicios de bienestar social para niños (child welfare)?

SÍ NO

Summary:

Section I – Family Needs Summary:

Section II – Child With Special Needs

Child Part A. Background

1. ¿Le preocupa la salud o el desarrollo de su hijo?
 SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿qué le preocupa?

2. Por favor dígame si su hijo recibe servicios de alguno de los siguientes programas:

Interviewer: If response is YES for any of these programs, follow-up by asking: ¿Quién es la persona de contacto, cuál es su teléfono y por qué está su hijo en ese programa?

- Birth-to-Three (del nacimiento a los 3 años de edad)

Nombre del contacto:
Teléfono del contacto:

Comments

- Family Support (apoyo a la familia)

Nombre del contacto:
Teléfono del contacto:

Comments:

- Exceptional Education Needs (educación excepcional en las escuelas públicas)

Nombre del contacto:
Teléfono del contacto:

Comments:

- Children with Special Health Care Needs (para niños con necesidades especiales de salud)

Nombre del contacto:
Teléfono del contacto:

Comments:

- ¿Algún otro programa?

Nombre del contacto:
Teléfono del contacto:

Program Name: _____

Comments:

Interviewer: If response was YES to any of the programs, follow-up by asking: *¿En cuál de esos programas de los que hablamos saben más sobre la situación y las necesidades de su hijo(a)?*

Interviewer: If the answer is YES to question 1 or any YES responses to question 2, please continue to **Part B.**

If the answer is YES to question 1, but NO to 2, referral information should be provided for services in the local community.)

Child Part B: Health And Developmental Needs

1. *¿Le han diagnosticado a su hijo una afección médica específica?*
 SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el diagnóstico?

2. *¿Con qué frecuencia recibe su hijo tratamiento médico o servicios del programa, o ambos?*

Servicios del programa.....	Tratamiento médico
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Diario
<input type="checkbox"/> 3 a 4 veces por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 veces por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana	<input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana
<input type="checkbox"/> 3 ó 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3 ó 4 veces al mes
<input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes
<input type="checkbox"/> menos de 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> menos de 1 vez al mes
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Comments:

3. *¿Con qué frecuencia lleva a su hijo al médico?*
 todas las semanas
 todos los meses
 más de una vez al año
 menos de una vez al año

Información de contacto del médico (nombre del médico, nombre de la clínica y número de teléfono):

Tipo de médico o especialidad:

¿Cuándo fue la última vez que llevó a su hijo al médico? ¿Para qué?

4. ¿Su hijo recibe servicios terapéuticos o educativos para necesidades de la salud? por ejemplo:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Fisioterapia | <input type="checkbox"/> | Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | Servicios educativos | <input type="checkbox"/> | Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> | Servicios de la vista | <input type="checkbox"/> | Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> | Servicios para impedimentos de la audición | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

¿Qué función desempeña usted en estos servicios y seguimiento? ¿Con qué frecuencia desempeña esta función?

Child Part C: Daily Living Needs

1. ¿Su hijo requiere supervisión o ayuda diaria (además de lo que es normal para niños de su edad), por ejemplo para:

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Vestirse | <input type="checkbox"/> | Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> | Comer | <input type="checkbox"/> | Conducta |
| <input type="checkbox"/> | Moverse | <input type="checkbox"/> | Establecer relaciones y hacer amigos |
| <input type="checkbox"/> | Respirar | <input type="checkbox"/> | Ir al baño |
| <input type="checkbox"/> | Dormir | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

Comments:

2. ¿Su hijo requiere tratamiento médico o de salud, tales como:

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Tubo gástrico |
| <input type="checkbox"/> | Aspiración |
| <input type="checkbox"/> | Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

¿Quién atiende esas necesidades y con qué frecuencia?

¿Qué función desempeña usted en cuanto a estos tratamientos para su hijo y con qué frecuencia lo hace?

3. *¿Su hijo requiere dispositivos de asistencia para la comunicación? por ejemplo:*

- Computadora
- Tarjetas con dibujos
- Habla por señas
- Aparatos para la audición u otros aparatos para escuchar
- Otros aparatos para hablar

¿Qué función desempeña usted en cuanto al uso de estos dispositivos y con qué frecuencia lo hace?

4. *¿Su hijo requiere supervisión o dispositivos para moverse? por ejemplo:*

- Muletas
- Aparatos ortopédicos
- Silla de ruedas
- Monitor especial para transporte
- Otro _____

¿Qué función desempeña usted en cuanto al uso de estos dispositivos de asistencia y con qué frecuencia lo hace?

5. *¿Su hijo recibe atención de la salud en el hogar u otros servicios de cuidado personal?*

SÍ NO

Si es afirmativo, describa los servicios.

6. *¿El cuidado que recibe su hijo es el mismo todas las semanas o cambia frecuentemente según las circunstancias (p. ej. consultas, estado de salud)?*

7. *¿La escuela le ha llamado para que recoja a su hijo debido a problemas de la conducta o problemas físicos o de la salud?*

SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?

8. *Vea esta escala y dígame cuál número del 1 al 10 es el que mejor describe su rutina según las necesidades especiales de su hijo.*

1 _____ 5 _____ 10
Regular y estable Totalmente impredecible

Child Part D: Child Care Needs

1. *¿Su hijo tiene problemas de salud o de comportamiento que en su opinión le impiden ponerlo en una guardería?*
 SÍ NO

Comments:

2. *¿Su hijo requiere adaptaciones especiales en la guardería?*
 SÍ NO

Comments:

3. *¿Su hijo pasa parte del día o todo el día en programas especiales?*
 SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál es su horario?

4. *¿Alguna vez ha estado su hijo o actualmente está en cuidado infantil grupal o de familia?*
 SÍ NO

Comment:

5. *¿Alguna vez ha tenido problemas para encontrar quién le cuide a su hijo?*
 SÍ NO

Comment:

6. **Interviewer:** Review with participant the Health and Development Needs from Part B and response to question 3 of this section.

¿Cree que vaya a haber problemas para coordinar el cuidado infantil y los otros programas identificados en la pregunta 3, o los servicios descritos en la parte B?
 SÍ NO

Comments:

Section II - Adult Family Member With Special Needs

Adult Part A: Health Needs

1. ¿A este miembro de la familia le han diagnosticado una afección médica específica??
 SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el diagnóstico?

2. ¿Este miembro de la familia recibe servicios de un programa o tratamiento médico, o ambos? (ejemplo: DVR, Community Integration Program, Community Supported Living Arrangements, SSI o SSDI)?
 SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de servicios recibe este miembro de la familia?

3. ¿Con qué frecuencia recibe este miembro de la familia servicios o tratamiento médico, o ambos?

Servicios del programa.....	Tratamiento médico
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Diario
<input type="checkbox"/> 3 a 4 veces por semana	<input type="checkbox"/> 3 a 4 veces por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana	<input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana
<input type="checkbox"/> 3 ó 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3 ó 4 veces al mes
<input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes
<input type="checkbox"/> menos de 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> menos de 1 vez al mes
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Comments:

4. ¿Con qué frecuencia va al médico este miembro de la familia?

- todas las semanas
 todos los meses
 más de una vez al año
 menos de una vez al año

Información de contacto del médico (nombre del médico, nombre de la clínica y número de teléfono):

Tipo de médico o especialidad:

¿
Cuándo fue la última vez que este miembro de la familia fue a ver al médico? ¿Para qué?

5. *¿Este miembro de la familia recibe servicios terapéuticos para sus necesidades médicas, tales como:*

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Fisioterapia | <input type="checkbox"/> | Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | Servicios de la vista | <input type="checkbox"/> | Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> | Servicios para impedimentos de audición | <input type="checkbox"/> | Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> | Otros _____ | | |

¿Qué función desempeña usted en estos servicios y seguimiento? ¿Con qué frecuencia participa en esta función?

Adult Part B: Daily Living Needs

1. *¿Este miembro de la familia tiene necesidades de supervisión/asistencia diaria, por ejemplo para:*

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Vestirse | <input type="checkbox"/> | Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> | Comer | <input type="checkbox"/> | Conducta |
| <input type="checkbox"/> | Moverse | <input type="checkbox"/> | Establecer relaciones y hacer amigos |
| <input type="checkbox"/> | Respirar | <input type="checkbox"/> | Ir al baño |
| <input type="checkbox"/> | Dormir | <input type="checkbox"/> | Otros _____ |

Comments:

2. *¿Este miembro de la familia requiere tratamiento médico o de salud? por ejemplo:*

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Tubo gástrico |
| <input type="checkbox"/> | Aspiración |
| <input type="checkbox"/> | Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

¿Quién es la persona principal que atiende esas necesidades y con qué frecuencia?

¿Qué función desempeña usted en cuanto a estos tratamientos para su hijo y con qué frecuencia lo hace?

3. *¿Este miembro de la familia requiere dispositivos de asistencia para la comunicación, tales como:*

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Computadora |
| <input type="checkbox"/> | Tarjetas con dibujos |
| <input type="checkbox"/> | Habla por señas |
| <input type="checkbox"/> | Aparatos para la audición u otros aparatos para escuchar |
| <input type="checkbox"/> | Otros aparatos para hablar |

¿Qué función desempeña usted en cuanto al uso de estos dispositivos y con qué frecuencia lo hace?

4. *¿Este miembro de la familia requiere supervisión o dispositivos para moverse? por ejemplo:*

- Muletas
- Aparatos ortopédicos
- Silla de ruedas
- Monitor especial para transporte
- Otro _____

¿Qué función desempeña usted para atender las necesidades del miembro de la familia con estos dispositivos de asistencia y con qué frecuencia lo hace?

5. *¿El cuidado que recibe éste miembro de la familia es el mismo todas las semanas o cambia frecuentemente según las circunstancias (p. ej. consultas, estado de salud)?*

6. *¿Cómo obtienen las necesidades diarias de este miembro de la familia cuando no hay servicios normales, por ejemplo, en días festivos o fines de semana?*

7. *Vea esta escala y dígame cuál número del 1 al 10 es el que mejor describe su rutina según las necesidades especiales de este miembro de la familia.*

1 _____ 5 _____ 10
Regular y estable Totalmente impredecible

Section II Adult Summary:
