

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-203

DATE

12/02/2003

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE AD 918 English & Spanish (11/03) - Family Assessment Questionnaire II

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 11/03	REPLACES 7/03	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 11/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is a Master Only.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

FAMILY ASSESSMENT QUESTIONNAIRE II

PRINT NAME:

DATE:

1. Have you experienced any of the following during the past two years? (Check all that apply).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marital reconciliation | <input type="checkbox"/> Divorce |
| <input type="checkbox"/> Separation from spouse or partner | <input type="checkbox"/> Fired from job |
| <input type="checkbox"/> Change in health of a family member | <input type="checkbox"/> Death of a child, family member or close friend |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy | <input type="checkbox"/> Financial problems |
| <input type="checkbox"/> Infertility treatment | <input type="checkbox"/> Personal trauma, injury or illness |
| <input type="checkbox"/> Change to a different line of work | <input type="checkbox"/> None of the above |

2. Have any of the following behaviors or substances presented concerns for you or your spouse or partner? (Check all that apply)

	<u>SELF</u>	<u>SPOUSE OR PARTNER</u>
N/A (No spouse or partner)		<input type="checkbox"/>
Gambling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spending.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlling temper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smoking.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Work.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None of the above.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Did your parents abuse alcohol or other forms of substances when you were a child? (Check all that apply)

- No
 Mother
 Father
 Stepparent(s)
 The person(s) who raised me

4. Who in your family abuses alcohol or other substances? (Check all that apply)

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Self | <input type="checkbox"/> Mother | <input type="checkbox"/> Brother(s) | <input type="checkbox"/> Aunt(s) | <input type="checkbox"/> Cousin(s) |
| <input type="checkbox"/> Spouse or Partner | <input type="checkbox"/> Father | <input type="checkbox"/> Sister(s) | <input type="checkbox"/> Uncle(s) | <input type="checkbox"/> In-law(s) |
| <input type="checkbox"/> Son(s) | <input type="checkbox"/> Stepmother | <input type="checkbox"/> Grandmother | <input type="checkbox"/> Niece(s) | <input type="checkbox"/> I am not sure |
| <input type="checkbox"/> Daughter(s) | <input type="checkbox"/> Stepfather | <input type="checkbox"/> Grandfather | <input type="checkbox"/> Nephew(s) | <input type="checkbox"/> Other(s): _____ |

5. If alcohol/substance abuse has been a family problem, how have you dealt it? (Check all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> It has not been a family problem | <input type="checkbox"/> It has not bothered me |
| <input type="checkbox"/> I confronted the abuser | <input type="checkbox"/> I confided in trusted friends or my spouse or partner |
| <input type="checkbox"/> I educated myself on the subject | <input type="checkbox"/> I sought counseling |
| <input type="checkbox"/> The family member is in recovery | <input type="checkbox"/> It is still difficult for me |
| <input type="checkbox"/> I attend a 12-step program | <input type="checkbox"/> I have never told anyone about the incident(s) |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

6. what is the average frequency and amount of alcohol that you and your spouse or partner drink?

SELF

SPOUSE OR PARTNER

- N/A (No spouse or partner)
- Daily, one to three drinks
- Daily, four or more drinks
- Several times a week, one to three drinks
- Several times a week, four or more drinks
- Several times a month, one to three drinks
- Several times a month, four or more drinks
- Several times a year, one to three drinks
- Several times a year, four or more drinks
- Never drink alcohol

7. Do you and/or your spouse or partner ever drink alcohol first thing in the morning?

- Yes, myself Yes, my spouse or partner No

8. Was there ever a time when you and/or your spouse or partner were drinking too much alcohol?

- Yes, myself Yes, my spouse or partner No

9. As a direct or indirect result of alcohol use, have you or your spouse or partner experienced any of the following? (Check all that apply)

SELF

SPOUSE OR PARTNER

- N/A (No spouse or partner)
- Legal difficulty
- Absence from work
- Accidents
- Loss of a job.....
- Health problems
- Violent behavior
- Arguments with family or friends
- Inpatient alcohol treatment program
- Outpatient alcohol treatment program
- None of the above.....

10. Which of the following have you or your spouse or partner used? (Check all that apply)

SELF

SPOUSE OR PARTNER

- N/A (No spouse or partner)
- Barbiturates/Sleeping Pills
- Methamphetamines/Amphetamines/Speed
- Over the counter diet pills/other stimulants
- Hallucinogens/LSD/Psilybin/Mescaline
- Inhalants/Glue/Solvents
- Quaaludes.....
- Methadone
- Heroin/Morphine/Opium
- Cocaine/Crack
- Marijuana/Hashish
- Tranquilizers
- Pain Pills
- PCP
- Club Drugs/Ecstasy/GHB/Rohypnol/Ketamine
- None of the above.....

11. As a direct or indirect result of prescription or illegal drug use, have you and/or your spouse or partner experienced any of the following? (Check all that apply)

	<u>SELF</u>	<u>SPOUSE OR PARTNER</u>
N/A (No spouse/partner)		<input type="checkbox"/>
Legal difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence from work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of a job.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arguments with family or friends.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inpatient drug treatment program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outpatient drug treatment program.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None of the above.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. When you were a child, did any person (adult or child) ever force, trick or coerce you into having any kind of sexual contact with him/her?

- Yes No I don't know if this ever happened to me

13. When you were a child, were you ever hit, pushed, whipped, bitten, punched, slapped or burned in a way that resulted in injuries being left on your body?

- Yes No I don't know if this ever happened to me

14. As an adult, have you ever been sexually abused, assaulted or molested?

- Yes No

15. As an adult, have you ever been physically abused, assaulted or battered?

- Yes No

16. Who in your family has been sexually abused, assaulted or molested as an adult or child? (Check all that apply)

- I am not sure Mother Brother(s) Aunt(s) Cousin(s)
 Spouse or Partner Father Sister(s) Uncle(s) In-law(s)
 Son(s) Stepmother Grandmother Niece(s) No family member
 Daughter(s) Stepfather Grandfather Nephew(s) Other(s):_____

17. Who in your family has been physically abused, assaulted or battered as an adult or child? (Check all that apply)

- I am not sure Mother Brother(s) Aunt(s) Cousin(s)
 Spouse or Partner Father Sister(s) Uncle(s) In-law(s)
 Son(s) Stepmother Grandmother Niece(s) No family member
 Daughter(s) Stepfather Grandfather Nephew(s) Other(s):_____

18. If you or anyone in your family experienced physical or sexual abuse, how was the issue dealt with? (Check all that apply)

- N/A It has not bothered me
 The abuser was confronted I confided in my spouse/partner or friends
 I educated myself on the subject I sought counseling
 I reported it to Child Protective Services It is still difficult for me
 I reported the incident to law enforcement The abuse was never talked about
 Other:_____

19. Have you or anyone in your family ever been suspected of, investigated for, charged with, or convicted of physically or sexually abusing children? (Check all that apply)

- Self Mother Brother(s) Aunt(s) Cousin(s)
- Spouse or Partner Father Sister(s) Uncle(s) In-law(s)
- Son(s) Stepmother Grandmother Niece(s) I am not sure
- Daughter(s) Stepfather Grandfather Nephew(s) Other(s): _____

20. Have you or anyone in your family ever been suspected of, investigated for, charged with, or convicted of physically or sexually assaulting another adult? (Check all that apply)

- Self Mother Brother(s) Aunt(s) Cousin(s)
- Spouse or Partner Father Sister(s) Uncle(s) In-law(s)
- Son(s) Stepmother Grandmother Niece(s) I am not sure
- Daughter(s) Stepfather Grandfather Nephew(s) Other(s): _____

21. Have you or anyone in your household ever been struck by anyone living in the home?

- Yes No

22. Has your spouse or partner ever hurt you physically by actions such as pushing, slapping, kicking, punching, biting, choking, throwing objects, cutting or forcing you to have sexual contact that was against your will?

- N/A Never Once Twice Several Times Frequently

23. If you needed help from a counselor or therapist, what were your reasons? (Check all that apply)

- No counseling/therapy Drug/Alcohol problems Stress Depression
- Relationship problems Job related problems Family problems Traumatic event
- School problems Eating Disorder Parenting problems Other: _____

24. Have you and/or your spouse or partner ever been hospitalized in a psychiatric facility?

- Yes, self Yes, spouse or partner No

25. Does anyone in your family have a history of mental illness? (Check all that apply)

- Self Mother Brother(s) Aunt(s) Cousin(s)
- Spouse or Partner Father Sister(s) Uncle(s) In-law(s)
- Son(s) Stepmother Grandmother Niece(s) I am not sure
- Daughter(s) Stepfather Grandfather Nephew(s) Other(s): _____

I affirm that the information given in this questionnaire is correct to the best of my ability.

SIGNATURE

DATE

EVALUACION DE LA FAMILIA - CUESTIONARIO II

NOMBRE: (USE LETRA DE MOLDE)

FECHA:

1. En los últimos dos años, ¿ha estado en alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las que sean pertinentes.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reconciliación marital | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Separación de su cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Lo despidieron del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Cambio en la salud de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Muerte de un niño, miembro de la familia o amigo íntimo |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para infertilidad | <input type="checkbox"/> Trauma, lesión o enfermedad personal |
| <input type="checkbox"/> Cambio a otro tipo de trabajo | <input type="checkbox"/> Ninguna de las mencionadas anteriormente |

2. ¿Ha tenido usted o su cónyuge o pareja preocupaciones sobre los siguientes comportamientos o sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Jugar por dinero, apostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar su cólera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Cuando era niño, ¿abusaban sus padres del alcohol u otras sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- No Madre Padre Madrastra/Padrastro La persona (o personas) que me crio

4. En su familia, ¿quién abusa del alcohol u otras sustancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

5. Si el abuso del alcohol u otra sustancia ha sido un problema en su familia, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No ha sido un problema en mi familia | <input type="checkbox"/> No me ha molestado |
| <input type="checkbox"/> Confronté a la persona que cometió el abuso | <input type="checkbox"/> Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Me he educado sobre el asunto | <input type="checkbox"/> He buscado asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> El miembro de la familia se encuentra en recuperación | <input type="checkbox"/> Todavía es difícil para mí |
| <input type="checkbox"/> Voy a un programa de 12 pasos (12-step program) | <input type="checkbox"/> Nunca le he dicho nada a nadie sobre el incidente(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

6. En términos medios, ¿con qué frecuencia y en qué cantidad usted y su cónyuge o pareja consumen alcohol?

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Diariamente, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, una a tres bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, cuatro bebidas o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca bebe alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Algunas veces, lo primero que usted y/o su cónyuge o pareja hacen en la mañana es tomar una bebida con alcohol?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

8. ¿Ha habido un período de tiempo en el que usted y/o su cónyuge o pareja han tomado demasiado alcohol?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

9. Como resultado directo o indirecto del uso del alcohol, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes.)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Problemas legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de un empleo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disputas con la familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo para pacientes internados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo, consultas externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Ha usado usted o su cónyuge o pareja alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes)

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Barbitúricos/Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas/Anfetaminas/"Speed".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para perder peso que se pueden obtener sin receta/otros estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos/LSD/Psilocybe/Mescalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes/Pegamentos/Solventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quaaludes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína/Morfina/Opio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína/Cocaína fumada (crack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariguana/Hachís.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para quitar el dolor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas que se usan en los clubs/Extasis/GHB/Rohypnol (Roofies)/Ketamine (Special K).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Como resultado directo o indirecto del uso de medicinas recetadas o drogas ilegales, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes.)

	YO	CONYUGE O PAREJA
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja)		<input type="checkbox"/>
Problemas legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias en el trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de un empleo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disputas con la familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del abuso de drogas para pacientes internados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del abuso de drogas, consultas externas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Cuando usted era un niño, ¿alguna persona, (adulta o menor de edad) lo forzó, lo engañó, u lo obligó a tener algún tipo de contacto sexual con él o ella?

- Sí No No sé si esto me sucedió alguna vez

13. Cuando usted era un niño, ¿alguna vez le pegaron, empujaron, azotaron, mordieron, le dieron puñetazos o bofetadas, o lo quemaron de tal manera que le dejaron lesiones en su cuerpo?

- Sí No No sé si esto me sucedió alguna vez

14. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto?

- Sí No

15. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso físico, asalto o agresión?

- Sí No

16. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

17. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso físico, asalto o agresión? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> Ningún miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

18. Si usted o alguien en su familia ha sufrido abuso físico o sexual, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> No me ha molestado |
| <input type="checkbox"/> Confronté a la persona que cometió el abuso | <input type="checkbox"/> Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge o pareja |
| <input type="checkbox"/> Me he educado sobre el asunto | <input type="checkbox"/> He buscado ayuda profesional |
| <input type="checkbox"/> Reporté el incidente a una oficina de Servicios para la Protección de Niños | <input type="checkbox"/> Todavía es difícil para mí |
| <input type="checkbox"/> Reporté el incidente a una oficina encargada del orden público | <input type="checkbox"/> Nunca se ha hablado acerca del abuso |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

19. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable del abuso físico o sexual de un niño? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

20. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable de asalto físico o sexual en contra de otro adulto? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

21. ¿Alguna vez usted o una persona en su hogar ha sido agredido físicamente por alguien que vivía en el hogar?

- Sí No

22. ¿Alguna vez le ha lastimado físicamente su cónyuge o pareja con acciones tales como empujarlo, darle bofetadas, darle puntapiés, darle puñetazos, morderlo, ahorcarlo, lanzándole objetos, cortándolo o forzándolo a tener contacto sexual en contra de su voluntad?

- No es pertinente Nunca Una vez Dos veces Varias veces Frecuentemente

23. Si usted buscó la ayuda de un consejero o terapeuta, ¿cuáles fueron las razones? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún asesoramiento/terapia | <input type="checkbox"/> Problemas con drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la relación | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados al trabajo | <input type="checkbox"/> Problemas de familia | <input type="checkbox"/> Evento traumático |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela | <input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta alimentaria | <input type="checkbox"/> Problemas de padres | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

24. ¿Alguna vez usted y/o su cónyuge o pareja estuvieron internados en un establecimiento psiquiátrico?

- Sí, yo mismo Sí, mi cónyuge o pareja No

25. ¿Alguien en su familia tiene un historial de enfermedad mental? (Marque todos los que sean pertinentes.)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Primos/Primas |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Hija(s) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ |

Confirmo que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

FIRMA

FECHA