

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-023**

DATE

02/04/2004

**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 4324 English & Spanish (9/03) - Adoptions Questionnaire I

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<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 9/03	REPLACES 1/00	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input checked="" type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<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 9/03

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is now a Master Only.

Attached is a Reproducible Copy

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

**ADOPTION QUESTIONNAIRE I**

**Instructions:** Please answer the following questions as they apply to you. Most of the questions have more than one answer, check all the choices that apply.

PRINT NAME:

DATE:

**1. Who primarily raised you?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mother and Father     | <input type="checkbox"/> Stepmother              | <input type="checkbox"/> Older Sibling(s)           |
| <input type="checkbox"/> Father                | <input type="checkbox"/> Stepfather              | <input type="checkbox"/> Adoptive Parent(s)         |
| <input type="checkbox"/> Mother                | <input type="checkbox"/> Maternal Grandparent(s) | <input type="checkbox"/> Foster Parent(s)           |
| <input type="checkbox"/> Mother and Stepparent | <input type="checkbox"/> Paternal Grandparent(s) | <input type="checkbox"/> Institutional Caretaker(s) |
| <input type="checkbox"/> Father and Stepparent | <input type="checkbox"/> Aunt(s) and/or Uncle(s) | <input type="checkbox"/> Legal Guardian(s)          |
|  |  | <input type="checkbox"/> Other: _____               |

**2. Were you separated from either or both of your parents during your childhood for any of the following reasons?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No separations     | <input type="checkbox"/> Abandoned by parent(s)              | <input type="checkbox"/> Removed from your home by police or social services |
| <input type="checkbox"/> Parents separated  | <input type="checkbox"/> Parent(s) long-term hospitalization | <input type="checkbox"/> Other: _____  |
| <input type="checkbox"/> Parents divorced   | <input type="checkbox"/> Parent(s) in military               |  |
| <input type="checkbox"/> Death of parent(s) | <input type="checkbox"/> Parent(s) in prison                 |  |

**3. How old were you when you moved away from your parent(s)/primary caretaker(s) home?**

- \_\_\_\_ years old
- I currently live with my parent(s) or primary caretaker(s)

**4. What were the circumstances that led you to leave home?**


---



---



---

**5. Among the children in your family, what is your position?**

- Only child
- Number \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ children

**6. Check the boxes that best characterize your childhood relationship with your mother:**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relationship | <input type="checkbox"/> Friendly        | <input type="checkbox"/> Affectionate       | <input type="checkbox"/> Took care of mother |
| <input type="checkbox"/> Abusive         | <input type="checkbox"/> Warm            | <input type="checkbox"/> Anxious            | <input type="checkbox"/> Afraid of mother    |
| <input type="checkbox"/> Idolized        | <input type="checkbox"/> Gentle          | <input type="checkbox"/> Consistent         | <input type="checkbox"/> Unpredictable       |
| <input type="checkbox"/> Neglectful      | <input type="checkbox"/> Smothering      | <input type="checkbox"/> Distant/Uninvolved | <input type="checkbox"/> Full of conflict    |
| <input type="checkbox"/> Caring          | <input type="checkbox"/> Demonstrative   | <input type="checkbox"/> Superficial        | <input type="checkbox"/> Relaxed             |
| <input type="checkbox"/> Supportive      | <input type="checkbox"/> Over protective | <input type="checkbox"/> Strained           | <input type="checkbox"/> Loving              |
| <input type="checkbox"/> Fun             | <input type="checkbox"/> Respectful      | <input type="checkbox"/> Close              | <input type="checkbox"/> Other: _____        |

**7. Check the boxes that best characterize your childhood relationship with your father:**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relationship | <input type="checkbox"/> Friendly        | <input type="checkbox"/> Affectionate       | <input type="checkbox"/> Took care of father |
| <input type="checkbox"/> Abusive         | <input type="checkbox"/> Warm            | <input type="checkbox"/> Anxious            | <input type="checkbox"/> Afraid of father    |
| <input type="checkbox"/> Idolized        | <input type="checkbox"/> Gentle          | <input type="checkbox"/> Consistent         | <input type="checkbox"/> Unpredictable       |
| <input type="checkbox"/> Neglectful      | <input type="checkbox"/> Smothering      | <input type="checkbox"/> Distant/Uninvolved | <input type="checkbox"/> Full of conflict    |
| <input type="checkbox"/> Caring          | <input type="checkbox"/> Demonstrative   | <input type="checkbox"/> Superficial        | <input type="checkbox"/> Relaxed             |
| <input type="checkbox"/> Supportive      | <input type="checkbox"/> Over protective | <input type="checkbox"/> Strained           | <input type="checkbox"/> Loving              |
| <input type="checkbox"/> Fun             | <input type="checkbox"/> Respectful      | <input type="checkbox"/> Close              | <input type="checkbox"/> Other: _____        |

**8. If you were not primarily raised by your mother and/or father, which of the following best describe your relationship with your primary caretaker(s)?**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable | <input type="checkbox"/> Friendly        | <input type="checkbox"/> Affectionate       | <input type="checkbox"/> Predictable      |
| <input type="checkbox"/> Abusive        | <input type="checkbox"/> Warm            | <input type="checkbox"/> Anxious            | <input type="checkbox"/> Educational      |
| <input type="checkbox"/> Idolized       | <input type="checkbox"/> Gentle          | <input type="checkbox"/> Consistent         | <input type="checkbox"/> Unpredictable    |
| <input type="checkbox"/> Neglectful     | <input type="checkbox"/> Smothering      | <input type="checkbox"/> Distant/Uninvolved | <input type="checkbox"/> Full of conflict |
| <input type="checkbox"/> Caring         | <input type="checkbox"/> Crazy making    | <input type="checkbox"/> Superficial        | <input type="checkbox"/> Relaxed          |
| <input type="checkbox"/> Supportive     | <input type="checkbox"/> Over protective | <input type="checkbox"/> Strained           | <input type="checkbox"/> Loving           |
| <input type="checkbox"/> Fun            | <input type="checkbox"/> Respectful      | <input type="checkbox"/> Close              | <input type="checkbox"/> Other: _____     |

**9. Check the boxes that best describe what your childhood experience was like:**

- |                                    |                                      |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Painful   | <input type="checkbox"/> Stable      | <input type="checkbox"/> Traumatic             |
| <input type="checkbox"/> Happy     | <input type="checkbox"/> Confusing   | <input type="checkbox"/> Spoiled               |
| <input type="checkbox"/> Fun       | <input type="checkbox"/> Frightening | <input type="checkbox"/> Enjoyable             |
| <input type="checkbox"/> Wonderful | <input type="checkbox"/> Chaotic     | <input type="checkbox"/> Sad                   |
| <input type="checkbox"/> Exciting  | <input type="checkbox"/> Lonely      | <input type="checkbox"/> Stimulating           |
| <input type="checkbox"/> Unhappy   | <input type="checkbox"/> Secure      | <input type="checkbox"/> Difficult to remember |
| <input type="checkbox"/> Carefree  | <input type="checkbox"/> Sickly      | <input type="checkbox"/> Other: _____          |

**10. Check the boxes that best describe your parents'/primary caretakers' relationship with each other when you were a child:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No relationship            | <input type="checkbox"/> Cold                   | <input type="checkbox"/> Committed                      |
| <input type="checkbox"/> Divorced                   | <input type="checkbox"/> Loving                 | <input type="checkbox"/> Hostile                        |
| <input type="checkbox"/> Separated                  | <input type="checkbox"/> Violent                | <input type="checkbox"/> On again/off again             |
| <input type="checkbox"/> Close                      | <input type="checkbox"/> Fulfilling             | <input type="checkbox"/> Supportive                     |
| <input type="checkbox"/> Happy                      | <input type="checkbox"/> Full of Conflict       | <input type="checkbox"/> Relaxed                        |
| <input type="checkbox"/> Fun and playful            | <input type="checkbox"/> Domineering/Submissive | <input type="checkbox"/> Affected by alcohol/drug abuse |
| <input type="checkbox"/> Distrustful and suspicious | <input type="checkbox"/> Tense                  | <input type="checkbox"/> Other: _____                   |

**11. How would you rate your parents'/primary caretakers' ability to manage their lives?**

- | <u>Mother or Primary Caretaker</u> | <u>Father or Primary Caretaker</u> |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Very good | <input type="checkbox"/> Very good |
| <input type="checkbox"/> Good      | <input type="checkbox"/> Good      |
| <input type="checkbox"/> Fair      | <input type="checkbox"/> Fair      |
| <input type="checkbox"/> Poor      | <input type="checkbox"/> Poor      |
| <input type="checkbox"/> Unknown   | <input type="checkbox"/> Unknown   |

**12. Check the boxes that best describe the personal characteristics of your mother/primary caretaker when you were a child:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable   | <input type="checkbox"/> Active          | <input type="checkbox"/> Moody           | <input type="checkbox"/> Easy going               |
| <input type="checkbox"/> Worrier          | <input type="checkbox"/> Outgoing        | <input type="checkbox"/> Overly critical | <input type="checkbox"/> Kind                     |
| <input type="checkbox"/> Perfectionist    | <input type="checkbox"/> Generous        | <input type="checkbox"/> Hardworking     | <input type="checkbox"/> Self centered            |
| <input type="checkbox"/> Domineering      | <input type="checkbox"/> Aggressive      | <input type="checkbox"/> Flexible        | <input type="checkbox"/> Unforgiving              |
| <input type="checkbox"/> Isolated         | <input type="checkbox"/> Shy             | <input type="checkbox"/> Content         | <input type="checkbox"/> Stubborn                 |
| <input type="checkbox"/> Happy            | <input type="checkbox"/> Irresponsible   | <input type="checkbox"/> Serious         | <input type="checkbox"/> Irrational               |
| <input type="checkbox"/> Optimistic       | <input type="checkbox"/> Pessimistic     | <input type="checkbox"/> Compassionate   | <input type="checkbox"/> Manipulative/Controlling |
| <input type="checkbox"/> Calm             | <input type="checkbox"/> Temperamental   | <input type="checkbox"/> Friendly/Social | <input type="checkbox"/> Passive                  |
| <input type="checkbox"/> Violent          | <input type="checkbox"/> Understanding   | <input type="checkbox"/> Warm            | <input type="checkbox"/> Prejudiced               |
| <input type="checkbox"/> Substance Abuser | <input type="checkbox"/> Nervous/Anxious | <input type="checkbox"/> Supportive      | <input type="checkbox"/> Emotional                |
| <input type="checkbox"/> Preoccupied      | <input type="checkbox"/> Fun/Playful     | <input type="checkbox"/> Dramatic        | <input type="checkbox"/> Reassuring               |
| <input type="checkbox"/> Self-confident   | <input type="checkbox"/> Rigid           | <input type="checkbox"/> Irritable       | <input type="checkbox"/> Other: _____             |

**13. Check the boxes that best describe the personal characteristics of your father/other primary caretaker when you were a child:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable   | <input type="checkbox"/> Active          | <input type="checkbox"/> Moody           | <input type="checkbox"/> Easy going               |
| <input type="checkbox"/> Worrier          | <input type="checkbox"/> Outgoing        | <input type="checkbox"/> Overly critical | <input type="checkbox"/> Kind                     |
| <input type="checkbox"/> Perfectionist    | <input type="checkbox"/> Generous        | <input type="checkbox"/> Hardworking     | <input type="checkbox"/> Self centered            |
| <input type="checkbox"/> Domineering      | <input type="checkbox"/> Aggressive      | <input type="checkbox"/> Flexible        | <input type="checkbox"/> Unforgiving              |
| <input type="checkbox"/> Isolated         | <input type="checkbox"/> Shy             | <input type="checkbox"/> Content         | <input type="checkbox"/> Stubborn                 |
| <input type="checkbox"/> Happy            | <input type="checkbox"/> Irresponsible   | <input type="checkbox"/> Serious         | <input type="checkbox"/> Irrational               |
| <input type="checkbox"/> Optimistic       | <input type="checkbox"/> Pessimistic     | <input type="checkbox"/> Compassionate   | <input type="checkbox"/> Manipulative/Controlling |
| <input type="checkbox"/> Calm             | <input type="checkbox"/> Temperamental   | <input type="checkbox"/> Friendly/Social | <input type="checkbox"/> Passive                  |
| <input type="checkbox"/> Violent          | <input type="checkbox"/> Understanding   | <input type="checkbox"/> Warm            | <input type="checkbox"/> Prejudiced               |
| <input type="checkbox"/> Substance abuser | <input type="checkbox"/> Nervous/Anxious | <input type="checkbox"/> Supportive      | <input type="checkbox"/> Emotional                |
| <input type="checkbox"/> Preoccupied      | <input type="checkbox"/> Fun/Playful     | <input type="checkbox"/> Dramatic        | <input type="checkbox"/> Reassuring               |
| <input type="checkbox"/> Self-confident   | <input type="checkbox"/> Rigid           | <input type="checkbox"/> Irritable       | <input type="checkbox"/> Other: _____             |

**14. Who primarily disciplined you during your childhood?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Both parents equally | <input type="checkbox"/> Maternal grandparent(s) |
| <input type="checkbox"/> Mother               | <input type="checkbox"/> Paternal grandparent(s) |
| <input type="checkbox"/> Father               | <input type="checkbox"/> Aunt and/or uncle       |
| <input type="checkbox"/> Stepmother           | <input type="checkbox"/> Foster parent(s)        |
| <input type="checkbox"/> Stepfather           | <input type="checkbox"/> Legal guardian(s)       |
| <input type="checkbox"/> Older sibling(s)     | <input type="checkbox"/> Primary caretaker(s)    |
|   | <input type="checkbox"/> Other: _____            |

**15. Check the boxes that best describe the way your parent(s)/primary caretaker(s) disciplined you during your childhood:**

- | <u>Mother or Primary Caretaker</u>                                    |   | <u>Father or Primary Caretaker</u>                                    |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable                               | <input type="checkbox"/> Praised positive behaviors | <input type="checkbox"/> Not Applicable                               | <input type="checkbox"/> Praised positive behaviors |
| <input type="checkbox"/> Consistently                                 | <input type="checkbox"/> Shamed                     | <input type="checkbox"/> Consistently                                 | <input type="checkbox"/> Shamed                     |
| <input type="checkbox"/> Fairly                                       | <input type="checkbox"/> Grounded                   | <input type="checkbox"/> Fairly                                       | <input type="checkbox"/> Grounded                   |
| <input type="checkbox"/> Strictly                                     | <input type="checkbox"/> Removed privileges         | <input type="checkbox"/> Strictly                                     | <input type="checkbox"/> Removed privileges         |
| <input type="checkbox"/> Leniently                                    | <input type="checkbox"/> Logical consequences       | <input type="checkbox"/> Leniently                                    | <input type="checkbox"/> Logical consequences       |
| <input type="checkbox"/> Made idle threats                            | <input type="checkbox"/> Withheld food              | <input type="checkbox"/> Made idle threats                            | <input type="checkbox"/> Withheld food              |
| <input type="checkbox"/> Lectured                                     | <input type="checkbox"/> Sent me to my room         | <input type="checkbox"/> Lectured                                     | <input type="checkbox"/> Sent me to my room         |
| <input type="checkbox"/> Used time outs                               | <input type="checkbox"/> Ignored misbehaviors       | <input type="checkbox"/> Used time outs                               | <input type="checkbox"/> Ignored misbehaviors       |
| <input type="checkbox"/> Reasoned with me                             | <input type="checkbox"/> Used physical restraints   | <input type="checkbox"/> Reasoned with me                             | <input type="checkbox"/> Used physical restraints   |
| <input type="checkbox"/> Spanked                                      | (e.g., tied to bed)                                 | <input type="checkbox"/> Spanked                                      | (e.g., tied to bed)                                 |
| <input type="checkbox"/> Physically punished<br>(other than spanking) | <input type="checkbox"/> Other: _____               | <input type="checkbox"/> Physically punished<br>(other than spanking) | <input type="checkbox"/> Other: _____               |

**16. Check the boxes that represent the personal values held by your parent(s)/primary caretaker(s):**

- | <u>Mother or Primary Caretaker</u>               |   | <u>Father or Primary Caretaker</u>               |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable          | <input type="checkbox"/> Honesty            | <input type="checkbox"/> Not Applicable          | <input type="checkbox"/> Honesty            |
| <input type="checkbox"/> Religious beliefs       | <input type="checkbox"/> Family closeness   | <input type="checkbox"/> Religious beliefs       | <input type="checkbox"/> Family closeness   |
| <input type="checkbox"/> Compassion              | <input type="checkbox"/> Family support     | <input type="checkbox"/> Compassion              | <input type="checkbox"/> Family support     |
| <input type="checkbox"/> Social conscience       | <input type="checkbox"/> Social status      | <input type="checkbox"/> Social conscience       | <input type="checkbox"/> Social status      |
| <input type="checkbox"/> Strong work ethic       | <input type="checkbox"/> Education          | <input type="checkbox"/> Strong work ethic       | <input type="checkbox"/> Education          |
| <input type="checkbox"/> Being responsible       | <input type="checkbox"/> Self Respect       | <input type="checkbox"/> Being responsible       | <input type="checkbox"/> Self Respect       |
| <input type="checkbox"/> Freedom of expression   | <input type="checkbox"/> Independence       | <input type="checkbox"/> Freedom of expression   | <input type="checkbox"/> Independence       |
| <input type="checkbox"/> Leading a balanced life | <input type="checkbox"/> Making money       | <input type="checkbox"/> Leading a balanced life | <input type="checkbox"/> Making money       |
| <input type="checkbox"/> Being a parent          | <input type="checkbox"/> Fidelity           | <input type="checkbox"/> Being a parent          | <input type="checkbox"/> Fidelity           |
| <input type="checkbox"/> Patriotism              | <input type="checkbox"/> Healthy Life Style | <input type="checkbox"/> Patriotism              | <input type="checkbox"/> Healthy Life Style |
| <input type="checkbox"/> Other: _____            |   | <input type="checkbox"/> Other: _____            |   |

**17. How do your own personal values compare to those of your parent(s)/primary caretaker(s)?**

- Basically share the same values
- Share most of their values
- Share some of their values
- Do not share any of their values
- Don't know

**18. Check the boxes that best describe your parents'/primary caretakers' attitudes about sexuality when you were a child:**

**Mother or Primary Caretaker**

**Father or Primary Caretaker**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unknown                 | <input type="checkbox"/> Awkward discussing       | <input type="checkbox"/> Unknown                 | <input type="checkbox"/> Awkward discussing       |
| <input type="checkbox"/> Open about sexuality    | <input type="checkbox"/> Believed sex was sinful  | <input type="checkbox"/> Open about sexuality    | <input type="checkbox"/> Believed sex was sinful  |
| <input type="checkbox"/> Comfortable discussing  | <input type="checkbox"/> Liberal sexual attitudes | <input type="checkbox"/> Comfortable discussing  | <input type="checkbox"/> Liberal sexual attitudes |
| <input type="checkbox"/> Old fashioned           | <input type="checkbox"/> Conservative attitudes   | <input type="checkbox"/> Old fashioned           | <input type="checkbox"/> Conservative attitudes   |
| <input type="checkbox"/> Never discussed sex     | <input type="checkbox"/> Sexually repressed       | <input type="checkbox"/> Never discussed sex     | <input type="checkbox"/> Sexually repressed       |
| <input type="checkbox"/> No sex before marriage  | <input type="checkbox"/> Sexually irresponsible   | <input type="checkbox"/> No sex before marriage  | <input type="checkbox"/> Sexually irresponsible   |
| <input type="checkbox"/> Condemned homosexuality | <input type="checkbox"/> Knowledgeable            | <input type="checkbox"/> Condemned homosexuality | <input type="checkbox"/> Knowledgeable            |
| <input type="checkbox"/> Supported sex education | <input type="checkbox"/> Other: _____             | <input type="checkbox"/> Supported sex education | <input type="checkbox"/> Other: _____             |

**19. Check the boxes that best describe what you were like as a child (pre-teenage years):**

- |  |   |  |                                      |                                       |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Happy         | <input type="checkbox"/> Awkward        | <input type="checkbox"/> Responsible     | <input type="checkbox"/> Rebellious  | <input type="checkbox"/> Shy          |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Self-confident | <input type="checkbox"/> Sad             | <input type="checkbox"/> Disobedient | <input type="checkbox"/> Curious      |
| <input type="checkbox"/> Stubborn      | <input type="checkbox"/> Friendly       | <input type="checkbox"/> Irresponsible   | <input type="checkbox"/> Outgoing    | <input type="checkbox"/> Compliant    |
| <input type="checkbox"/> Unhappy       | <input type="checkbox"/> Calm           | <input type="checkbox"/> Anxious/Nervous | <input type="checkbox"/> Sickly      | <input type="checkbox"/> Thoughtful   |
| <input type="checkbox"/> Aggressive    | <input type="checkbox"/> Serious        | <input type="checkbox"/> Active          | <input type="checkbox"/> Insecure    | <input type="checkbox"/> Quiet        |
| <input type="checkbox"/> Fearful       | <input type="checkbox"/> Hyperactive    | <input type="checkbox"/> Funny           | <input type="checkbox"/> Obedient    | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**20. Check the boxes that best describe what you were like as a teenager:**

- |  |   |  |                                      |                                       |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Happy         | <input type="checkbox"/> Awkward        | <input type="checkbox"/> Responsible     | <input type="checkbox"/> Rebellious  | <input type="checkbox"/> Shy          |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Self-confident | <input type="checkbox"/> Sad             | <input type="checkbox"/> Disobedient | <input type="checkbox"/> Curious      |
| <input type="checkbox"/> Stubborn      | <input type="checkbox"/> Friendly       | <input type="checkbox"/> Irresponsible   | <input type="checkbox"/> Outgoing    | <input type="checkbox"/> Compliant    |
| <input type="checkbox"/> Unhappy       | <input type="checkbox"/> Calm           | <input type="checkbox"/> Anxious/Nervous | <input type="checkbox"/> Sickly      | <input type="checkbox"/> Thoughtful   |
| <input type="checkbox"/> Aggressive    | <input type="checkbox"/> Serious        | <input type="checkbox"/> Active          | <input type="checkbox"/> Insecure    | <input type="checkbox"/> Quiet        |
| <input type="checkbox"/> Fearful       | <input type="checkbox"/> Hyperactive    | <input type="checkbox"/> Funny           | <input type="checkbox"/> Obedient    | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**21. When you were a child, with whom would you confide?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mother         | <input type="checkbox"/> Aunt(s)/Uncle(s)     | <input type="checkbox"/> Counselor(s)/Teachers(s)                         |
| <input type="checkbox"/> Father         | <input type="checkbox"/> Stepparent           | <input type="checkbox"/> Psychiatrist(s)/Psychologist(s)/Social Worker(s) |
| <input type="checkbox"/> Sibling(s)     | <input type="checkbox"/> Primary Caretaker(s) | <input type="checkbox"/> Clergy   |
| <input type="checkbox"/> Grandparent(s) | <input type="checkbox"/> Cousin(s)            | <input type="checkbox"/> Others: _____                                    |

**22. When you were a child or adolescent, did you require counseling or psychiatric care?**

- No
- Yes

If yes, please briefly describe when and the reasons for care: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23. Are there issues, traumatic incidents or accidents from your childhood that currently cause you distress?**

- No
- Yes

If yes, please briefly describe the effect the issues, incidents and/or accidents currently have on you: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24. Check the boxes that best describe your early dating experiences:**

- |                                       |  |                                    |                                       |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Didn't date  | <input type="checkbox"/> Traumatic         | <input type="checkbox"/> Extensive | <input type="checkbox"/> Frightening  |
| <input type="checkbox"/> Fun          | <input type="checkbox"/> Too much too soon | <input type="checkbox"/> Unusual   | <input type="checkbox"/> Exciting     |
| <input type="checkbox"/> Unremarkable | <input type="checkbox"/> Dull              | <input type="checkbox"/> Pressured | <input type="checkbox"/> Limited      |
|                                       |  |                                    | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**25. Check the boxes that best describe your early sexual experiences:**

- |                                    |                                       |                                      |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limited   | <input type="checkbox"/> Unremarkable | <input type="checkbox"/> Frightening | <input type="checkbox"/> Pleasurable  |
| <input type="checkbox"/> Traumatic | <input type="checkbox"/> Unusual      | <input type="checkbox"/> Confusing   | <input type="checkbox"/> Abusive      |
| <input type="checkbox"/> Awkward   | <input type="checkbox"/> Romantic     | <input type="checkbox"/> Shameful    | <input type="checkbox"/> Pressured    |
| <input type="checkbox"/> Exciting  | <input type="checkbox"/> Regretful    | <input type="checkbox"/> Amusing     | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**26. If you were married previously, how did your marriage(s) end?**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable     | <input type="checkbox"/> Divorce   |
| <input type="checkbox"/> Death of spouse(s) | <input type="checkbox"/> Annulment |

**27. If you were previously in a domestic partnership(s), how did your partnership(s) end?**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable                                    |
| <input type="checkbox"/> Terminated partnership without legal agreement(s) |
| <input type="checkbox"/> Terminated partnership with legal agreement(s)    |

**28. If you went through a divorce or terminated a domestic partnership, check the boxes that best describe what the experience was like for you:**

- |   |                                   |                                      |   |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable | <input type="checkbox"/> Painful  | <input type="checkbox"/> Crazy       | <input type="checkbox"/> A relief           |
| <input type="checkbox"/> Easy           | <input type="checkbox"/> Unfair   | <input type="checkbox"/> Frustrating | <input type="checkbox"/> Long and drawn out |
| <input type="checkbox"/> Expensive      | <input type="checkbox"/> Bitter   | <input type="checkbox"/> Fair        | <input type="checkbox"/> Depressing         |
| <input type="checkbox"/> Frightening    | <input type="checkbox"/> Amicable | <input type="checkbox"/> Devastating | <input type="checkbox"/> Other: _____       |

**29. If you are divorced or terminated a domestic partnership, check the boxes that describe your current relationship with your ex-spouse(s)/partner(s):**

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable | <input type="checkbox"/> Loving        | <input type="checkbox"/> Distant          | <input type="checkbox"/> Close        |
| <input type="checkbox"/> Violent        | <input type="checkbox"/> Hostile       | <input type="checkbox"/> Reserved         | <input type="checkbox"/> Cooperative  |
| <input type="checkbox"/> Cold           | <input type="checkbox"/> Relaxed       | <input type="checkbox"/> Full of conflict | <input type="checkbox"/> Civil        |
| <input type="checkbox"/> Supportive     | <input type="checkbox"/> Still friends | <input type="checkbox"/> Frustrating      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**30. Have you ever been in a custody dispute?**

- |                              |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No  |
| <input type="checkbox"/> Yes |

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**31. How long did you know your current spouse/partner before you were married or established a domestic partner relationship?**

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable     | <input type="checkbox"/> 1 to 2 years | <input type="checkbox"/> 8 to 12 years    |
| <input type="checkbox"/> Less than 6 months | <input type="checkbox"/> 3 to 4 years | <input type="checkbox"/> 13 or more years |
| <input type="checkbox"/> Less than a year   | <input type="checkbox"/> 5 to 7 years |   |

**32. Check the boxes that best describe the characteristics of your current spouse/partner:**

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable | <input type="checkbox"/> Playful       | <input type="checkbox"/> Unhappy       | <input type="checkbox"/> Smart               | <input type="checkbox"/> Religious     |
| <input type="checkbox"/> Distant        | <input type="checkbox"/> Argumentative | <input type="checkbox"/> Social        | <input type="checkbox"/> Uncaring            | <input type="checkbox"/> Thoughtful    |
| <input type="checkbox"/> Competitive    | <input type="checkbox"/> Happy         | <input type="checkbox"/> Appreciative  | <input type="checkbox"/> Athletic            | <input type="checkbox"/> Sarcastic     |
| <input type="checkbox"/> Unforgiving    | <input type="checkbox"/> Affectionate  | <input type="checkbox"/> Workaholic    | <input type="checkbox"/> Faultfinding        | <input type="checkbox"/> Understanding |
| <input type="checkbox"/> Compassionate  | <input type="checkbox"/> Prejudiced    | <input type="checkbox"/> Flexible      | <input type="checkbox"/> Honest              | <input type="checkbox"/> Dogmatic      |
| <input type="checkbox"/> Careful        | <input type="checkbox"/> Abusive       | <input type="checkbox"/> Romantic      | <input type="checkbox"/> Introvert           | <input type="checkbox"/> Outgoing      |
| <input type="checkbox"/> Moody          | <input type="checkbox"/> Generous      | <input type="checkbox"/> Emotional     | <input type="checkbox"/> Quick tempered      | <input type="checkbox"/> Stubborn      |
| <input type="checkbox"/> Dependable     | <input type="checkbox"/> Friendly      | <input type="checkbox"/> Worrier       | <input type="checkbox"/> Depressed           | <input type="checkbox"/> Impulsive     |
| <input type="checkbox"/> Rigid          | <input type="checkbox"/> Domineering   | <input type="checkbox"/> Tolerant      | <input type="checkbox"/> Good sense of humor | <input type="checkbox"/> Self-centered |
| <input type="checkbox"/> Supportive     | <input type="checkbox"/> Communicative | <input type="checkbox"/> Kind          | <input type="checkbox"/> Gentle              | <input type="checkbox"/> Predictable   |
| <input type="checkbox"/> Clear thinking | <input type="checkbox"/> Energetic     | <input type="checkbox"/> Good listener | <input type="checkbox"/> Considerate         | <input type="checkbox"/> Anxious       |
| <input type="checkbox"/> Other: _____   |  |  |  |  |

**33. Check the boxes that best describe the various roles you play in the relationship.**

- |  |                                       |   |                                       |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable    | <input type="checkbox"/> Initiator    | <input type="checkbox"/> Wage earner    | <input type="checkbox"/> Caregiver    |
| <input type="checkbox"/> Head of household | <input type="checkbox"/> Peacemaker   | <input type="checkbox"/> Decision maker | <input type="checkbox"/> Follower     |
| <input type="checkbox"/> Leader            | <input type="checkbox"/> Comforter    | <input type="checkbox"/> Rational one   | <input type="checkbox"/> Negotiator   |
| <input type="checkbox"/> Emotional one     | <input type="checkbox"/> Risk taker   | <input type="checkbox"/> Organizer      | <input type="checkbox"/> Manager      |
| <input type="checkbox"/> Social planner    | <input type="checkbox"/> Money manger | <input type="checkbox"/> Compromiser    | <input type="checkbox"/> Homemaker    |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**34. Check the boxes that best describe the various roles your spouse/partner plays in the relationship?**

- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable    | <input type="checkbox"/> Initiator     | <input type="checkbox"/> Wage earner    | <input type="checkbox"/> Caregiver    |
| <input type="checkbox"/> Head of household | <input type="checkbox"/> Peacemaker    | <input type="checkbox"/> Decision maker | <input type="checkbox"/> Follower     |
| <input type="checkbox"/> Leader            | <input type="checkbox"/> Comforter     | <input type="checkbox"/> Rational one   | <input type="checkbox"/> Negotiator   |
| <input type="checkbox"/> Emotional one     | <input type="checkbox"/> Risk taker    | <input type="checkbox"/> Organizer      | <input type="checkbox"/> Manager      |
| <input type="checkbox"/> Social planner    | <input type="checkbox"/> Money manager | <input type="checkbox"/> Compromiser    | <input type="checkbox"/> Homemaker    |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**35. How often do you and spouse/partner argue?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable | <input type="checkbox"/> Once or twice a year  | <input type="checkbox"/> Almost daily        |
| <input type="checkbox"/> Never          | <input type="checkbox"/> Once or twice a month | <input type="checkbox"/> Once a day          |
| <input type="checkbox"/> Rarely         | <input type="checkbox"/> Once or twice a week  | <input type="checkbox"/> Several times a day |

**36. Check the boxes that best describe the major areas of disagreement between you and your spouse/partner?**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable         | <input type="checkbox"/> Personal habits        | <input type="checkbox"/> Sexual relations    | <input type="checkbox"/> Personal expectations |
| <input type="checkbox"/> Discipline of children | <input type="checkbox"/> Household chores       | <input type="checkbox"/> Politics            | <input type="checkbox"/> Friends               |
| <input type="checkbox"/> Religion               | <input type="checkbox"/> Work                   | <input type="checkbox"/> Values              | <input type="checkbox"/> Leisure time          |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drugs          | <input type="checkbox"/> In-laws                | <input type="checkbox"/> Separate activities | <input type="checkbox"/> Shared activities     |
| <input type="checkbox"/> Emotional closeness    | <input type="checkbox"/> Emotional separateness | <input type="checkbox"/> Time apart          | <input type="checkbox"/> Time together         |
| <input type="checkbox"/> Family involvement     | <input type="checkbox"/> Money                  | <input type="checkbox"/> Travel              | <input type="checkbox"/> Other: _____          |

**37. Check the boxes that best describe the way you typically react when you have a major disagreement with your spouse/partner:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable                                      | <input type="checkbox"/> Agree to disagree                               |
| <input type="checkbox"/> Reach agreement through mutual give and take        | <input type="checkbox"/> Sometimes yell and shout                        |
| <input type="checkbox"/> Take time to think things over before discussing    | <input type="checkbox"/> Leave the house to cool off                     |
| <input type="checkbox"/> Give in and attempt to smooth things over           | <input type="checkbox"/> Become silent                                   |
| <input type="checkbox"/> Seek outside help such as a counselor/clergy person | <input type="checkbox"/> Try to outwit spouse/partner                    |
| <input type="checkbox"/> Sometimes pound or break things                     | <input type="checkbox"/> Things get physical (pushing, shoving, hitting) |
| <input type="checkbox"/> Change the topic                                    | <input type="checkbox"/> Other: _____                                    |

**38. How sexually compatible are you and your spouse/partner?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable  | <input type="checkbox"/> Compatible          | <input type="checkbox"/> Not very compatible |
| <input type="checkbox"/> Very compatible | <input type="checkbox"/> Somewhat compatible | <input type="checkbox"/> Incompatible        |

**39. Have you and your spouse/partner ever gone through a difficult period that threatened your relationship?**

- No  
 Yes  
 Not Applicable

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**40. Have you and your spouse/partner ever separated?**

- No  
 Yes  
 Not Applicable

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**41. Check the boxes that best describe your current relationship with your parent(s):**

<u>Relationship with Mother</u>		<u>Relationship with Father</u>	
<input type="checkbox"/> Mother deceased	<input type="checkbox"/> Dependent	<input type="checkbox"/> Mother deceased	<input type="checkbox"/> Dependent
<input type="checkbox"/> No contact	<input type="checkbox"/> Loving	<input type="checkbox"/> No contact	<input type="checkbox"/> Loving
<input type="checkbox"/> Strained	<input type="checkbox"/> Very close	<input type="checkbox"/> Strained	<input type="checkbox"/> Very close
<input type="checkbox"/> Distant	<input type="checkbox"/> Comfortable	<input type="checkbox"/> Distant	<input type="checkbox"/> Comfortable
<input type="checkbox"/> Caring	<input type="checkbox"/> Over involved	<input type="checkbox"/> Caring	<input type="checkbox"/> Over involved
<input type="checkbox"/> Emotionally intense	<input type="checkbox"/> Not involved enough	<input type="checkbox"/> Emotionally intense	<input type="checkbox"/> Not involved enough
<input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> On again, off again	<input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> On again, off again
<input type="checkbox"/> Hostile	<input type="checkbox"/> Problematic	<input type="checkbox"/> Hostile	<input type="checkbox"/> Problematic
<input type="checkbox"/> Understanding	<input type="checkbox"/> Enjoyable	<input type="checkbox"/> Understanding	<input type="checkbox"/> Enjoyable
<input type="checkbox"/> Argumentative	<input type="checkbox"/> Improving	<input type="checkbox"/> Argumentative	<input type="checkbox"/> Improving
<input type="checkbox"/> Manipulative	<input type="checkbox"/> Gratifying	<input type="checkbox"/> Manipulative	<input type="checkbox"/> Gratifying
<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> I am caretaker for	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> I am caretaker for
<input type="checkbox"/> Supportive	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Supportive	<input type="checkbox"/> Other: _____

**42. How helpful and supportive do you feel members of your extended family are/will be to you as a parent?**

<u>Your side of the family</u>	<u>Spouse/Partner's side of the family</u>
<input type="checkbox"/> All family members are helpful and supportive	<input type="checkbox"/> Not Applicable
<input type="checkbox"/> The vast majority is helpful and supportive	<input type="checkbox"/> All family members are helpful and supportive
<input type="checkbox"/> About half helpful and supportive	<input type="checkbox"/> The vast majority is helpful and supportive
<input type="checkbox"/> Few family members are helpful and supportive	<input type="checkbox"/> About half helpful and supportive
<input type="checkbox"/> No family members are helpful and supportive	<input type="checkbox"/> Few family members are helpful and supportive
	<input type="checkbox"/> No family members are helpful and supportive

**43. In some families, different viewpoints concerning such things as life-styles, personal values, religion, social/economic status, sexual orientation, politics, etc., interfere with family relationships. To what degree is that the case in your family?**

Issues such as these do not interfere with relationships within my family

Issues such as these seldom interfere with relationships within my family

Occasionally issues such as these interfere with relationships within my family

Frequently issues such as these interfere with relationships within my family

**44. How comfortable are members of your extended family when it comes to being around and relating to children?**

<u>Your side of the family</u>	<u>Spouse/partner's side of the family</u>
<input type="checkbox"/> All family members are comfortable	<input type="checkbox"/> Not Applicable
<input type="checkbox"/> The vast majority is comfortable	<input type="checkbox"/> All family members are comfortable
<input type="checkbox"/> About half are comfortable	<input type="checkbox"/> The vast majority are comfortable
<input type="checkbox"/> Few are comfortable	<input type="checkbox"/> About half are comfortable
<input type="checkbox"/> No family members are comfortable	<input type="checkbox"/> Few are comfortable
	<input type="checkbox"/> No family members are comfortable

**45. List your siblings according to how close or distant your relationship is with them:**

I don't have any brothers or sisters

I am very close to: \_\_\_\_\_

I am somewhat close to: \_\_\_\_\_

I am distant from: \_\_\_\_\_

I am in conflict with: \_\_\_\_\_

**46. How able are members of your immediate and extended family to fully accept an unrelated child into the family?**

All family members can fully accept

The vast majority can fully accept

About half can fully accept

Few are able to fully accept

No family members are able to accept



**47. How many people in your life, outside of your family, are ready and able to provide you support as a parent?**

- There are numerous people in my life who are ready and able to be supportive
- There are several people in my life who are ready and able to be supportive
- There are a few select people in my life who are ready and able to be supportive
- There is one person in my life that is ready and able to be supportive
- There is nobody in my life that is ready and able to be supportive

**48. How many people in your life, outside of your family, cause you serious conflict and/or stress?**

- There are numerous people in my life who cause me serious conflict and stress
- There are several people in my life who cause me serious conflict and stress
- There are a few select people in my life who cause me serious conflict and street
- There is one person in my life that causes me serious conflict and stress
- There is nobody in my life that causes me serious conflict and stress

**49. Check the boxes that best describe your community involvement:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Have no friends that I socialize with          | <input type="checkbox"/> Active in politics                                |
| <input type="checkbox"/> Have a few friends that I socialize with       | <input type="checkbox"/> Regular church attendance                         |
| <input type="checkbox"/> Have many friends that I socialize with        | <input type="checkbox"/> Occasional church attendance                      |
| <input type="checkbox"/> Regular involvement in social organizations    | <input type="checkbox"/> Rarely/Never attend religious services            |
| <input type="checkbox"/> Occasional involvement in social organizations | <input type="checkbox"/> Active in community organizations                 |
| <input type="checkbox"/> Rarely get involved in social organizations    | <input type="checkbox"/> Occasional involvement in community organizations |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                                   | <input type="checkbox"/> No involvement in community organizations         |

**50. If you are employed outside of the home, how many hours per week do you work?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Not Applicable     | <input type="checkbox"/> 20 - 30 hours | <input type="checkbox"/> 41 - 50 hours      |
| <input type="checkbox"/> Less than 20 hours | <input type="checkbox"/> 31 - 40 hours | <input type="checkbox"/> More than 50 hours |

**51. If you are employed outside of the home, how long have you worked at your current job?**

- Not Applicable       \_\_\_\_\_ years and \_\_\_\_\_ months

**52. Whether you work inside or outside the home, do you enjoy your work?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No               | <input type="checkbox"/> Most of the time |
| <input type="checkbox"/> Some of the time | <input type="checkbox"/> All of the time  |

**53. Have you ever been fired?**

- No
- Yes

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**54. Do you plan any career or job changes in the near future?**

- No
- Yes

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**55. What is the overall condition of your health?**

- Excellent
- Good
- Fair
- Poor

If fair or poor, please describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**56. Have you ever been hospitalized or had surgery?**

- No  
 Yes

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**57. Are you currently taking any medication(s)?**

- No  
 Yes

If yes, please briefly describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**58. Have you or anyone in your family had any of the following conditions? Indicate which family member by using the following code, place the appropriate number in front of the condition:**

**1 = Self      2 = Parent(s)      3 = Sibling(s)      4 = Children      5 = Spouse/Partner**

- |  |                             |                                    |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| _____ Diabetes                             | _____ Arthritis             | _____ Seizures                     |
| _____ High blood pressure                  | _____ Cancer                | _____ Frequent headaches           |
| _____ Ulcers                               | _____ Colitis               | _____ Asthma                       |
| _____ Hearing loss                         | _____ Impaired sight        | _____ Allergies                    |
| _____ Kidney disease                       | _____ Insomnia              | _____ Sickle cell anemia           |
| _____ Heart condition                      | _____ High cholesterol      | _____ Tuberculosis                 |
| _____ Thyroid condition                    | _____ Mental retardation    | _____ Alcoholism                   |
| _____ Drug Addiction                       | _____ Eating Disorder       | _____ Anxiety/Panic attacks        |
| _____ Depression                           | _____ Bipolar Illness       | _____ Schizophrenia                |
| _____ Attention Deficit Disorder           | _____ Infertility/Sterility | _____ Sexually transmitted disease |
| _____ Other condition(s) not listed: _____ |                             |                                    |

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

---

Signature

---

Date

---

---

**COMMENTS**

**CUESTIONARIO I SOBRE ADOPCION**

**Instrucciones:** Por favor conteste las siguientes preguntas si son pertinentes a usted. La mayoría de las preguntas tienen más de una respuesta; marque todas las selecciones que sean pertinentes.

ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA:

FECHA:

**1. ¿Quién lo crió principalmente?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre y madre     | <input type="checkbox"/> Madrastra                | <input type="checkbox"/> Hermano(s)/hermana(s) mayor                       |
| <input type="checkbox"/> Padre             | <input type="checkbox"/> Padrastro                | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre adoptivo                           |
| <input type="checkbox"/> Madre             | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela materno | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre de crianza temporal                |
| <input type="checkbox"/> Madre y padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela paterno | <input type="checkbox"/> Persona(s) encargada del cuidado en instituciones |
| <input type="checkbox"/> Padre y madrastra | <input type="checkbox"/> Tío(s) y/o tía(s)        | <input type="checkbox"/> Tutor(es) legal                                   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                       |

**2. Durante su niñez, ¿se separó de su padre(s)/madre por alguna de las siguientes razones?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna separación        | <input type="checkbox"/> Abandonado por el padre(s)/madre           | <input type="checkbox"/> La policía o servicios sociales lo sacó a usted de su hogar |
| <input type="checkbox"/> Mis padres se separaron   | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre hospitalizado a largo plazo | <input type="checkbox"/> Otra: _____   |
| <input type="checkbox"/> Mis padres se divorciaron | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre en las fuerzas armadas      |  |
| <input type="checkbox"/> Muerte del padre(s)/madre | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre en prisión                  |  |

**3. ¿Qué edad tenía usted cuando se mudó del hogar de su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado?**

- \_\_\_\_ años de edad
- Actualmente vivo con mi padre(s)/madre o con la persona(s) principal encargada de mi cuidado

**4. ¿Cuáles fueron las circunstancias que lo llevaron a que dejara el hogar?**


---



---



---

**5. Entre los hijos en su familia, ¿qué número es usted?**

- Hijo único
- Número \_\_\_\_ de \_\_\_\_ hijos

**6. Marque las casillas que mejor describen la relación de usted con su madre durante su niñez:**

- |                                      |  |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relación | <input type="checkbox"/> Amigable                      | <input type="checkbox"/> Afectuosa                  | <input type="checkbox"/> Cuidé de mi madre       |
| <input type="checkbox"/> Abusiva     | <input type="checkbox"/> Confortable                   | <input type="checkbox"/> Ansiosa                    | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de mi madre |
| <input type="checkbox"/> Idólatra    | <input type="checkbox"/> Tierna                        | <input type="checkbox"/> Consistente                | <input type="checkbox"/> Impredecible            |
| <input type="checkbox"/> Descuidada  | <input type="checkbox"/> Asfixiante                    | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto      |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa    | <input type="checkbox"/> Se mostraban los sentimientos | <input type="checkbox"/> Superficial                | <input type="checkbox"/> Relajada                |
| <input type="checkbox"/> De apoyo    | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora          | <input type="checkbox"/> Tirante                    | <input type="checkbox"/> Amorosa                 |
| <input type="checkbox"/> Divertida   | <input type="checkbox"/> Respetuosa                    | <input type="checkbox"/> Estrecha                   | <input type="checkbox"/> Otra: _____             |

**7. Marque las casillas que mejor describen la relación de usted con su padre durante su niñez:**

- |                                      |  |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relación | <input type="checkbox"/> Amigable                      | <input type="checkbox"/> Afectuosa                  | <input type="checkbox"/> Cuidé de mi padre       |
| <input type="checkbox"/> Abusiva     | <input type="checkbox"/> Confortable                   | <input type="checkbox"/> Ansiosa                    | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de mi padre |
| <input type="checkbox"/> Idólatra    | <input type="checkbox"/> Tierna                        | <input type="checkbox"/> Consistente                | <input type="checkbox"/> Impredecible            |
| <input type="checkbox"/> Descuidada  | <input type="checkbox"/> Asfixiante                    | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto      |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa    | <input type="checkbox"/> Se mostraban los sentimientos | <input type="checkbox"/> Superficial                | <input type="checkbox"/> Relajada                |
| <input type="checkbox"/> De apoyo    | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora          | <input type="checkbox"/> Tirante                    | <input type="checkbox"/> Amorosa                 |
| <input type="checkbox"/> Divertida   | <input type="checkbox"/> Respetuosa                    | <input type="checkbox"/> Estrecha                   | <input type="checkbox"/> Otra: _____             |

8. Si no fue criado principalmente por su padre y/o madre, ¿cuál de las siguientes mejor describe su relación con persona(s) principal encargada de su cuidado?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Amigable             | <input type="checkbox"/> Afectuosa                  | <input type="checkbox"/> Predecible         |
| <input type="checkbox"/> Abusiva          | <input type="checkbox"/> Confortable          | <input type="checkbox"/> Ansiosa                    | <input type="checkbox"/> Educativa          |
| <input type="checkbox"/> Idólatra         | <input type="checkbox"/> Tierna               | <input type="checkbox"/> Consistente                | <input type="checkbox"/> Impredecible       |
| <input type="checkbox"/> Descuidada       | <input type="checkbox"/> Asfixiante           | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa         | <input type="checkbox"/> Para volverlo loco   | <input type="checkbox"/> Superficial                | <input type="checkbox"/> Relajada           |
| <input type="checkbox"/> De apoyo         | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora | <input type="checkbox"/> Tirante                    | <input type="checkbox"/> Amorosa            |
| <input type="checkbox"/> Divertida        | <input type="checkbox"/> Respectuosa          | <input type="checkbox"/> Estrecha                   | <input type="checkbox"/> Otra: _____        |

9. Marque las casillas que mejor describen cómo fue su niñez:

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dolorosa           | <input type="checkbox"/> Estable   | <input type="checkbox"/> Traumática          |
| <input type="checkbox"/> Feliz              | <input type="checkbox"/> Confusa   | <input type="checkbox"/> Consentidora        |
| <input type="checkbox"/> Divertida          | <input type="checkbox"/> Con miedo | <input type="checkbox"/> Agradable           |
| <input type="checkbox"/> Maravillosa        | <input type="checkbox"/> Caótica   | <input type="checkbox"/> Triste              |
| <input type="checkbox"/> Excitante          | <input type="checkbox"/> Solitaria | <input type="checkbox"/> Estimulante         |
| <input type="checkbox"/> Infeliz            | <input type="checkbox"/> Segura    | <input type="checkbox"/> Díficil de recordar |
| <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones | <input type="checkbox"/> Enfermiza | <input type="checkbox"/> Otra: _____         |

10. Marque las casillas que mejor describen la relación entre su padre y madre o entre las personas principales encargadas de su cuidado cuando usted era niño:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No relación                | <input type="checkbox"/> Fría                  | <input type="checkbox"/> Dedicada                                 |
| <input type="checkbox"/> Divorciados                | <input type="checkbox"/> Amorosa               | <input type="checkbox"/> Hostil                                   |
| <input type="checkbox"/> Separados                  | <input type="checkbox"/> Violenta              | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando                    |
| <input type="checkbox"/> Estrecha                   | <input type="checkbox"/> Llena de satisfacción | <input type="checkbox"/> De apoyo                                 |
| <input type="checkbox"/> Feliz                      | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto    | <input type="checkbox"/> Relajada                                 |
| <input type="checkbox"/> Divertida y juguetona      | <input type="checkbox"/> Dominante/Sumisa      | <input type="checkbox"/> Afectada por el abuso del alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Sin confianza y sospechosa | <input type="checkbox"/> Con tensión           | <input type="checkbox"/> Otra: _____                              |

11. ¿Cómo caracterizaría usted la habilidad de sus padres/personas principales encargadas de su cuidado para manejar sus propias vidas?

Madre o persona principal encargada de su cuidado

- Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala  
 No sé

Padre o persona principal encargada de su cuidado

- Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala  
 No sé

12. Marque las casillas que mejor describen las características personales de su madre/persona principal encargada de su cuidado cuando usted era niño:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente              | <input type="checkbox"/> Activa              | <input type="checkbox"/> Malhumorada           | <input type="checkbox"/> De buena disposición     |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa mucho | <input type="checkbox"/> Sociable            | <input type="checkbox"/> Demasiado criticadora | <input type="checkbox"/> Amable                   |
| <input type="checkbox"/> Perfectionista                | <input type="checkbox"/> Generosa            | <input type="checkbox"/> Muy trabajadora       | <input type="checkbox"/> Egoísta                  |
| <input type="checkbox"/> Dominante                     | <input type="checkbox"/> Agresiva            | <input type="checkbox"/> Flexible              | <input type="checkbox"/> Que no perdona           |
| <input type="checkbox"/> Solitaria                     | <input type="checkbox"/> Tímida              | <input type="checkbox"/> Satisfecha            | <input type="checkbox"/> Necia                    |
| <input type="checkbox"/> Feliz                         | <input type="checkbox"/> Irresponsable       | <input type="checkbox"/> Seria                 | <input type="checkbox"/> Irracional               |
| <input type="checkbox"/> Optimista                     | <input type="checkbox"/> Pesimista           | <input type="checkbox"/> Compasiva             | <input type="checkbox"/> Manipuladora/Controlante |
| <input type="checkbox"/> Calmada                       | <input type="checkbox"/> Temperamental       | <input type="checkbox"/> Amigable/Social       | <input type="checkbox"/> Pasiva                   |
| <input type="checkbox"/> Violenta                      | <input type="checkbox"/> Comprensiva         | <input type="checkbox"/> Confortable           | <input type="checkbox"/> Con prejuicios           |
| <input type="checkbox"/> Persona que abusa sustancias  | <input type="checkbox"/> Nerviosa/Ansiosa    | <input type="checkbox"/> Que ofrece apoyo      | <input type="checkbox"/> Emocional                |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa       | <input type="checkbox"/> Divertida/Juguetona | <input type="checkbox"/> Dramática             | <input type="checkbox"/> Tranquilizadora          |
| <input type="checkbox"/> Confiada en sí misma          | <input type="checkbox"/> Rígida              | <input type="checkbox"/> Irritable             | <input type="checkbox"/> Otra: _____              |

**13. Marque las casillas que mejor describen las características personales de su padre/otra persona principal encargada de su cuidado cuando usted era niño:**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente                  | <input type="checkbox"/> Activo              | <input type="checkbox"/> Malhumorado          | <input type="checkbox"/> De buena disposición    |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa demasiado | <input type="checkbox"/> Sociable            | <input type="checkbox"/> Demasiado criticador | <input type="checkbox"/> Amable                  |
| <input type="checkbox"/> Perfectionista                    | <input type="checkbox"/> Generoso            | <input type="checkbox"/> Muy trabajador       | <input type="checkbox"/> Egoísta                 |
| <input type="checkbox"/> Dominante                         | <input type="checkbox"/> Agresivo            | <input type="checkbox"/> Flexible             | <input type="checkbox"/> Que no perdona          |
| <input type="checkbox"/> Solitario                         | <input type="checkbox"/> Tímido              | <input type="checkbox"/> Satisfecho           | <input type="checkbox"/> Necio                   |
| <input type="checkbox"/> Feliz                             | <input type="checkbox"/> Irresponsable       | <input type="checkbox"/> Serio                | <input type="checkbox"/> Irracional              |
| <input type="checkbox"/> Optimista                         | <input type="checkbox"/> Pesimista           | <input type="checkbox"/> Compasivo            | <input type="checkbox"/> Manipulador/Controlante |
| <input type="checkbox"/> Calmado                           | <input type="checkbox"/> Temperamental       | <input type="checkbox"/> Amigable/Social      | <input type="checkbox"/> Pasivo                  |
| <input type="checkbox"/> Violento                          | <input type="checkbox"/> Comprensivo         | <input type="checkbox"/> Confortable          | <input type="checkbox"/> Con prejuicios          |
| <input type="checkbox"/> Persona que abusa sustancias      | <input type="checkbox"/> Nervioso/Ansioso    | <input type="checkbox"/> Que ofrece apoyo     | <input type="checkbox"/> Emocional               |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa           | <input type="checkbox"/> Divertido/Juguetero | <input type="checkbox"/> Dramático            | <input type="checkbox"/> Tranquilizador          |
| <input type="checkbox"/> Confiado en sí mismo              | <input type="checkbox"/> Rígido              | <input type="checkbox"/> Irritable            | <input type="checkbox"/> Otra: _____             |

**14. Durante su niñez, ¿quién era la persona principal que aplicaba la disciplina?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres por igual      | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela materno                     |
| <input type="checkbox"/> Madre                       | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela parterno                    |
| <input type="checkbox"/> Padre                       | <input type="checkbox"/> Tío(s) y/o tías                              |
| <input type="checkbox"/> Madrastra                   | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre de crianza temporal           |
| <input type="checkbox"/> Padrastro                   | <input type="checkbox"/> Tutor(es) legal                              |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s)/Hermana(s) mayor | <input type="checkbox"/> Persona(s) principal encargada de su cuidado |
|  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                  |

**15. Marque las casillas que mejor describen la manera en que su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado lo disciplinaron durante su niñez:**

**Madre o persona principal encargada de su cuidado**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente                                  | <input type="checkbox"/> Alababa el buen comportamiento                         |
| <input type="checkbox"/> Consistentemente                                  | <input type="checkbox"/> Me avergonzaba   |
| <input type="checkbox"/> Justamente  | <input type="checkbox"/> Me prohibía diferentes cosas                           |
| <input type="checkbox"/> Estrictamente                                     | <input type="checkbox"/> Me quitaba privilegios                                 |
| <input type="checkbox"/> Indulgentemente                                   | <input type="checkbox"/> Consecuencias lógicas                                  |
| <input type="checkbox"/> Amenazaba en vano                                 | <input type="checkbox"/> No me dejaba comer                                     |
| <input type="checkbox"/> Daba sermones                                     | <input type="checkbox"/> Me enviaba a mi cuarto                                 |
| <input type="checkbox"/> Usaba ratos de aislamiento                        | <input type="checkbox"/> No hacía caso del mal comportamiento                   |
| <input type="checkbox"/> Razonaba conmigo                                  | <input type="checkbox"/> Usaba restricciones físicas (ejemplo, atado a la cama) |
| <input type="checkbox"/> Me daba nalgadas                                  | <input type="checkbox"/> Otra: _____  |
| <input type="checkbox"/> Me castigaba físicamente (aparte de dar nalgadas) |   |

**Padre o persona principal encargada de su cuidado**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente                                  | <input type="checkbox"/> Alababa el buen comportamiento                         |
| <input type="checkbox"/> Consistentemente                                  | <input type="checkbox"/> Me avergonzaba   |
| <input type="checkbox"/> Justamente  | <input type="checkbox"/> Me prohibía diferentes cosas                           |
| <input type="checkbox"/> Estrictamente                                     | <input type="checkbox"/> Me quitaba privilegios                                 |
| <input type="checkbox"/> Indulgentemente                                   | <input type="checkbox"/> Consecuencias lógicas                                  |
| <input type="checkbox"/> Amenazaba en vano                                 | <input type="checkbox"/> No me dejaba comer                                     |
| <input type="checkbox"/> Daba sermones                                     | <input type="checkbox"/> Me enviaba a mi cuarto                                 |
| <input type="checkbox"/> Usaba ratos de aislamiento                        | <input type="checkbox"/> No hacía caso del mal comportamiento                   |
| <input type="checkbox"/> Razonaba conmigo                                  | <input type="checkbox"/> Usaba restricciones físicas (ejemplo, atado a la cama) |
| <input type="checkbox"/> Me daba nalgadas                                  | <input type="checkbox"/> Otra: _____  |
| <input type="checkbox"/> Me castigaba físicamente (aparte de dar nalgadas) |   |

**16. Marque las casillas que representan los valores personales de su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado:**

**Madre o persona principal encargada de su cuidado**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente            | <input type="checkbox"/> Honestidad                |
| <input type="checkbox"/> Creencias religiosas        | <input type="checkbox"/> Cercanía entre la familia |
| <input type="checkbox"/> Compasión                   | <input type="checkbox"/> Apoyo a la familia        |
| <input type="checkbox"/> Conciencia social           | <input type="checkbox"/> Situación social          |
| <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo     | <input type="checkbox"/> Educación                 |
| <input type="checkbox"/> Ser responsable             | <input type="checkbox"/> Respeto a sí mismo        |
| <input type="checkbox"/> Libertad de expresión       | <input type="checkbox"/> Independencia             |
| <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero              |
| <input type="checkbox"/> Ser un padre/madre          | <input type="checkbox"/> Fidelidad                 |
| <input type="checkbox"/> Patriotismo                 | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sano       |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |  |

**Padre o persona principal encargada de su cuidado**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente            | <input type="checkbox"/> Honestidad                |
| <input type="checkbox"/> Creencias religiosas        | <input type="checkbox"/> Cercanía entre la familia |
| <input type="checkbox"/> Compasión                   | <input type="checkbox"/> Apoyo a la familia        |
| <input type="checkbox"/> Conciencia social           | <input type="checkbox"/> Situación social          |
| <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo     | <input type="checkbox"/> Educación                 |
| <input type="checkbox"/> Ser responsable             | <input type="checkbox"/> Respeto a sí mismo        |
| <input type="checkbox"/> Libertad de expresión       | <input type="checkbox"/> Independencia             |
| <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero              |
| <input type="checkbox"/> Ser un padre/madre          | <input type="checkbox"/> Fidelidad                 |
| <input type="checkbox"/> Patriotismo                 | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sano       |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |  |

**17. ¿Cómo se comparan sus propios valores personales con los de su padre(s)/madre/persona(s) principal encargada de su cuidado?**

- Básicamente comparto los mismos valores
- Comparto la mayoría de sus valores
- Comparto algunos de sus valores
- No comparto ninguno de sus valores
- No sé

**18. Marque las casillas que mejor describen las actitudes de su padre(s)/madre/persona(s) principal encargada de su cuidado en relación a la sexualidad cuando usted era niño:**

**Madre o persona principal encargada de su cuidado**

- No sé
- Incómoda al hablar de esto
- Mentalmente abierta sobre la sexualidad
- Creía que el sexo era un pecado
- Cómoda al hablar de esto
- Actitud liberal respecto al sexo
- Anticuada
- Actitud conservadora
- Nunca habló sobre el sexo
- Sexualmente reprimida
- No sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenaba la homosexualidad
- Bien informada
- Apoyaba la educación sexual
- Otra: \_\_\_\_\_

**Padre o persona principal encargada de su cuidado**

- No sé
- Incómodo al hablar de esto
- Mentalmente abierta sobre la sexualidad
- Creía que el sexo era un pecado
- Cómodo al hablar de esto
- Actitud liberal respecto al sexo
- Anticuado
- Actitud conservadora
- Nunca habló sobre el sexo
- Sexualmente reprimida
- No sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenaba la homosexualidad
- Bien informada
- Apoyaba la educación sexual
- Otra: \_\_\_\_\_

**19. Marque las casillas que mejor lo describen a usted cuando era niño (antes de los años de la adolescencia):**

- Feliz
- Torpe
- Responsable
- Rebelde
- Tímido
- Temperamental
- Confiado en mí mismo
- Triste
- Desobediente
- Curioso
- Necio
- Amigable
- Irresponsable
- Sociable
- Dócil
- Infeliz
- Calmado
- Ansioso/Nervioso
- Enfermizo
- Atento
- Agresivo
- Serio
- Activo
- Inseguro
- Quieto
- Temeroso
- Hiperactivo
- Gracioso
- Obediente
- Otro: \_\_\_\_\_

**20. Marque todas las casillas que mejor lo describen a usted cuando era un adolescente:**

- Feliz
- Torpe
- Responsable
- Rebelde
- Tímido
- Temperamental
- Confiado en sí mismo
- Triste
- Desobediente
- Curioso
- Necio
- Amigable
- Irresponsable
- Sociable
- Dócil
- Infeliz
- Calmado
- Ansioso/Nervioso
- Enfermizo
- Atento
- Agresivo
- Serio
- Activo
- Inseguro
- Quieto
- Temeroso
- Hiperactivo
- Gracioso
- Obediente
- Otro: \_\_\_\_\_

**21. Cuando usted era niño, ¿en quién confiaba?**

- Madre
- Tío(s)/Tía(s)
- Consejero(s)/Maestro(s)
- Padre
- Padrastro/Madrastra
- Psiquiatra(s)/Psicólogo(s)/Trabajador(es) Social
- Hermano(s)/hermana(s)
- Persona(s) encargadas de su cuidado principal
- Personas del clero
- Abuelo(s)/abuela(s)
- Primo(s)/Prima(s)
- Otros: \_\_\_\_\_

**22. Cuando usted era niño o adolescente, ¿requirió de asesoramiento o cuidado psiquiátrico?**

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente cuándo sucedió y cuáles fueron las razones para el cuidado:

---

---

**23. ¿Tiene problemas, incidentes o accidentes traumatizantes de su niñez que actualmente le causan angustia?**

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente el efecto que estos problemas, incidentes y/o accidentes tienen actualmente en usted:

---

---

**24. Marque las casillas que mejor describen sus primeras experiencias de tener una cita:**

- |  |   |  |                                      |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No salí en citas    | <input type="checkbox"/> Traumáticas          | <input type="checkbox"/> Extensas        | <input type="checkbox"/> Espantosas  |
| <input type="checkbox"/> Divertidas          | <input type="checkbox"/> Demasiado muy pronto | <input type="checkbox"/> Extraordinarias | <input type="checkbox"/> Excitantes  |
| <input type="checkbox"/> Nada extraordinario | <input type="checkbox"/> Aburridas            | <input type="checkbox"/> Presionadas     | <input type="checkbox"/> Limitadas   |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**25. Marque todas las casillas que mejor describen sus primeras experiencias sexuales:**

- |                                      |  |  |                                      |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limitadas   | <input type="checkbox"/> Nada extraordinario       | <input type="checkbox"/> Espantosas          | <input type="checkbox"/> Placenteras |
| <input type="checkbox"/> Traumáticas | <input type="checkbox"/> Raras                     | <input type="checkbox"/> Confusas            | <input type="checkbox"/> Abusivas    |
| <input type="checkbox"/> Torpes      | <input type="checkbox"/> Románticas                | <input type="checkbox"/> Llenas de vergüenza | <input type="checkbox"/> Presionadas |
| <input type="checkbox"/> Excitantes  | <input type="checkbox"/> Llenas de arrepentimiento | <input type="checkbox"/> Divertidas          | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**26. Si estuvo casado anteriormente, ¿cómo terminó su matrimonio(s)?**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente      | <input type="checkbox"/> Divorcio  |
| <input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge(s) | <input type="checkbox"/> Anulación |

**27. Si estuvo anteriormente en una relación (o relaciones) doméstica, ¿cómo terminó su relación (o relaciones)?**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente                                     |
| <input type="checkbox"/> La relación terminó sin ningún acuerdo(s) legal      |
| <input type="checkbox"/> La relación terminó por medio de un acuerdo(s) legal |

**28. Si se divorció o terminó una relación doméstica, marque las casillas que mejor describen cómo fue la experiencia para usted:**

- |   |                                   |                                      |   |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Loca        | <input type="checkbox"/> Un alivio        |
| <input type="checkbox"/> Fácil            | <input type="checkbox"/> Injusta  | <input type="checkbox"/> Frustrante  | <input type="checkbox"/> Larga y dilatada |
| <input type="checkbox"/> Cara             | <input type="checkbox"/> Amarga   | <input type="checkbox"/> Justa       | <input type="checkbox"/> Deprimente       |
| <input type="checkbox"/> Espantosa        | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Devastadora | <input type="checkbox"/> Otro: _____      |

**29. Si se divorció o terminó una relación doméstica, marque las casillas que describen su relación actual con su ex-cónyuge(s) o ex-compañero(a) doméstico:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Amorosa                 | <input type="checkbox"/> Distante           | <input type="checkbox"/> Estrecha       |
| <input type="checkbox"/> Violenta         | <input type="checkbox"/> Hostil                  | <input type="checkbox"/> Reservada          | <input type="checkbox"/> De cooperación |
| <input type="checkbox"/> Fría             | <input type="checkbox"/> Relajada                | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto | <input type="checkbox"/> Civil          |
| <input type="checkbox"/> De apoyo         | <input type="checkbox"/> Continúan siendo amigos | <input type="checkbox"/> Frustrante         | <input type="checkbox"/> Otro: _____    |

**30. ¿Alguna vez ha estado en una disputa sobre custodia?**

- |                             |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí |

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**31. ¿Cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge/compañero(a) doméstico antes de que se casaran o establecieran una relación doméstica?**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> 8 a 12 años   |
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 a 4 años | <input type="checkbox"/> 13 años o más |
| <input type="checkbox"/> Menos de un año  | <input type="checkbox"/> 5 a 7 años |  |

**32. Marque las casillas que mejor describen las características como persona de su actual cónyuge/compañero(a) doméstico:**

- |  |   |  |   |                                      |
|--|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente  | <input type="checkbox"/> Juguetona      | <input type="checkbox"/> Infeliz           | <input type="checkbox"/> Inteligente            | <input type="checkbox"/> Religiosa   |
| <input type="checkbox"/> Distante          | <input type="checkbox"/> Argumentativa  | <input type="checkbox"/> Social            | <input type="checkbox"/> No es cariñosa         | <input type="checkbox"/> Atenta      |
| <input type="checkbox"/> Competitiva       | <input type="checkbox"/> Feliz          | <input type="checkbox"/> Agradecida        | <input type="checkbox"/> Atlético               | <input type="checkbox"/> Sarcástica  |
| <input type="checkbox"/> No perdona        | <input type="checkbox"/> Afectuosa      | <input type="checkbox"/> Trabaja demasiado | <input type="checkbox"/> Encuentra defectos     | <input type="checkbox"/> Comprensiva |
| <input type="checkbox"/> Compasiva         | <input type="checkbox"/> Con prejuicios | <input type="checkbox"/> Flexible          | <input type="checkbox"/> Honesta                | <input type="checkbox"/> Dogmática   |
| <input type="checkbox"/> Cuidadosa         | <input type="checkbox"/> Abusiva        | <input type="checkbox"/> Romántica         | <input type="checkbox"/> Introversa             | <input type="checkbox"/> Sociable    |
| <input type="checkbox"/> Mal humorada      | <input type="checkbox"/> Generosa       | <input type="checkbox"/> Emocional         | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente    | <input type="checkbox"/> Necia       |
| <input type="checkbox"/> Confiable         | <input type="checkbox"/> Amigable       | <input type="checkbox"/> Se preocupa mucho | <input type="checkbox"/> Deprimida              | <input type="checkbox"/> Impulsiva   |
| <input type="checkbox"/> Rígida            | <input type="checkbox"/> Dominante      | <input type="checkbox"/> Tolerante         | <input type="checkbox"/> Buen sentido del humor | <input type="checkbox"/> Egoísta     |
| <input type="checkbox"/> Ofrece apoyo      | <input type="checkbox"/> Comunicativa   | <input type="checkbox"/> Amable            | <input type="checkbox"/> Tierna                 | <input type="checkbox"/> Predecible  |
| <input type="checkbox"/> Piensa claramente | <input type="checkbox"/> Con energía    | <input type="checkbox"/> Sabe escuchar     | <input type="checkbox"/> Considerada            | <input type="checkbox"/> Ansiosa     |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____       |   |  |   |                                      |



**33. Marque las casillas que mejor describen los varios papeles que usted desempeña en su relación:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente    | <input type="checkbox"/> Iniciador               | <input type="checkbox"/> El que tiene un salario | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado            |
| <input type="checkbox"/> Jefe de familia     | <input type="checkbox"/> El que hace la paz      | <input type="checkbox"/> El que toma decisiones  | <input type="checkbox"/> Seguidor/Ayudante               |
| <input type="checkbox"/> Líder               | <input type="checkbox"/> Consolador              | <input type="checkbox"/> El que es racional      | <input type="checkbox"/> Negociador                      |
| <input type="checkbox"/> El emocional        | <input type="checkbox"/> El que toma riesgos     | <input type="checkbox"/> Organizador             | <input type="checkbox"/> Administrador                   |
| <input type="checkbox"/> Planificador social | <input type="checkbox"/> Administrador de dinero | <input type="checkbox"/> El que compone disputas | <input type="checkbox"/> Que atiende la casa/Ama de casa |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

**34. Marque las casillas que mejor describen los varios papeles que su cónyuge/compañero(a) doméstico desempeña en su relación:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente    | <input type="checkbox"/> Iniciador               | <input type="checkbox"/> El que tiene un salario | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado            |
| <input type="checkbox"/> Jefe de familia     | <input type="checkbox"/> El que hace la paz      | <input type="checkbox"/> El que toma decisiones  | <input type="checkbox"/> Seguidor/Ayudante               |
| <input type="checkbox"/> Líder               | <input type="checkbox"/> Consolador              | <input type="checkbox"/> El que es racional      | <input type="checkbox"/> Negociador                      |
| <input type="checkbox"/> El emocional        | <input type="checkbox"/> El que toma riesgos     | <input type="checkbox"/> Organizador             | <input type="checkbox"/> Administrador                   |
| <input type="checkbox"/> Planificador social | <input type="checkbox"/> Administrador de dinero | <input type="checkbox"/> El que compone disputas | <input type="checkbox"/> Que atiende la casa/Ama de casa |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

**35. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año      | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Nunca            | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al mes      | <input type="checkbox"/> Una vez al día      |
| <input type="checkbox"/> Rara vez         | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Varias veces al día |

**36. Marque las casillas que mejor describen las áreas de mayor desacuerdo entre usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico:**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente        | <input type="checkbox"/> Hábitos personales   | <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales          | <input type="checkbox"/> Expectativas personales |
| <input type="checkbox"/> Disciplina de los niños | <input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar | <input type="checkbox"/> Política                     | <input type="checkbox"/> Amistades               |
| <input type="checkbox"/> Religión                | <input type="checkbox"/> Trabajo              | <input type="checkbox"/> Valores                      | <input type="checkbox"/> Tiempo libre            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas          | <input type="checkbox"/> Familiares políticos | <input type="checkbox"/> Actividades separadas        | <input type="checkbox"/> Actividades compartidas |
| <input type="checkbox"/> Cercanía emocional      | <input type="checkbox"/> Separación emocional | <input type="checkbox"/> Tiempo que estamos separados | <input type="checkbox"/> Tiempo juntos           |
| <input type="checkbox"/> Participación familiar  | <input type="checkbox"/> Dinero               | <input type="checkbox"/> Viajes                       | <input type="checkbox"/> Otro: _____             |

**37. Marque las casillas que mejor describen la manera en que usted típicamente reacciona cuando tiene un gran desacuerdo con su cónyuge/compañero(a) doméstico:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente   | <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en que no estemos de acuerdo                |
| <input type="checkbox"/> Llegamos a un acuerdo a través de un mutuo dar y tomar           | <input type="checkbox"/> A veces grito y hablo fuerte                                 |
| <input type="checkbox"/> Tomo tiempo para pensar las cosas antes de hablar                | <input type="checkbox"/> Me voy de la casa para calmarme                              |
| <input type="checkbox"/> Me rindo y trato de arreglar las cosas                           | <input type="checkbox"/> No digo nada   |
| <input type="checkbox"/> Busco ayuda fuera, tal como la de un consejero/persona del clero | <input type="checkbox"/> Trato de ser más listo que mi cónyuge/compañero(a) doméstico |
| <input type="checkbox"/> A veces golpeo o rompo cosas                                     | <input type="checkbox"/> Las cosas llegan a lo físico (aventando, empujando, pegando) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema   | <input type="checkbox"/> Otra: _____  |

**38. ¿Qué tan compatibles sexualmente son usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Compatibles         | <input type="checkbox"/> No muy compatibles   |
| <input type="checkbox"/> Muy compatibles  | <input type="checkbox"/> Un poco compatibles | <input type="checkbox"/> No somos compatibles |

**39. ¿Alguna vez han pasado usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico por un período difícil que puso en riesgo su relación?**

- No  
 Sí  
 No es pertinente

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**40. ¿Alguna vez se han separado usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?**

- No  
 Sí  
 No es pertinente

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**41. Marque las casillas que mejor describen su relación actual con su padre(s)/madre:**

**Relación con su madre**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre ha muerto        | <input type="checkbox"/> Dependiente                            |
| <input type="checkbox"/> No hay contacto        | <input type="checkbox"/> Amorosa                                |
| <input type="checkbox"/> Tirante                | <input type="checkbox"/> Muy estrecha                           |
| <input type="checkbox"/> Distante               | <input type="checkbox"/> Cómoda                                 |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa               | <input type="checkbox"/> Demasiada intromisión                  |
| <input type="checkbox"/> Intensamente emocional | <input type="checkbox"/> No suficiente contacto                 |
| <input type="checkbox"/> Flexible               | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando                  |
| <input type="checkbox"/> Hostil                 | <input type="checkbox"/> Problemática                           |
| <input type="checkbox"/> Comprensiva            | <input type="checkbox"/> Agradable                              |
| <input type="checkbox"/> Argumentativa          | <input type="checkbox"/> Se está mejorando                      |
| <input type="checkbox"/> Manipuladora           | <input type="checkbox"/> Satisfactoria                          |
| <input type="checkbox"/> Positiva               | <input type="checkbox"/> Soy la persona encargada de su cuidado |
| <input type="checkbox"/> De apoyo               | <input type="checkbox"/> Otra: _____                            |

**Relación con su padre**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre ha muerto        | <input type="checkbox"/> Dependiente                            |
| <input type="checkbox"/> No hay contacto        | <input type="checkbox"/> Amorosa                                |
| <input type="checkbox"/> Tirante                | <input type="checkbox"/> Muy estrecha                           |
| <input type="checkbox"/> Distante               | <input type="checkbox"/> Cómoda                                 |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa               | <input type="checkbox"/> Demasiada intromisión                  |
| <input type="checkbox"/> Intensamente emocional | <input type="checkbox"/> No suficiente contacto                 |
| <input type="checkbox"/> Flexible               | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando                  |
| <input type="checkbox"/> Hostil                 | <input type="checkbox"/> Problemática                           |
| <input type="checkbox"/> Comprensiva            | <input type="checkbox"/> Agradable                              |
| <input type="checkbox"/> Argumentativa          | <input type="checkbox"/> Se está mejorando                      |
| <input type="checkbox"/> Manipuladora           | <input type="checkbox"/> Satisfactoria                          |
| <input type="checkbox"/> Positiva               | <input type="checkbox"/> Soy la persona encargada de su cuidado |
| <input type="checkbox"/> De apoyo               | <input type="checkbox"/> Otra: _____                            |

**42. ¿Qué tan serviciales han sido o serán y cuánto apoyo piensa que los miembros de su familia extendida le han ofrecido o le ofrecerán a usted en su situación como padre/madre?**

**Su propia familia**

- Todos los miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- La mayoría son serviciales y me apoyan
- Más o menos la mitad son serviciales y me apoyan
- Pocos miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- Ningún miembro de la familia es servicial ni me apoya

**La familia de su cónyuge/compañero(a) doméstico**

- No es pertinente
- Todos los miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- La mayoría son serviciales y me apoyan
- Más o menos la mitad son serviciales y me apoyan
- Pocos miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- Ningún miembro de la familia es servicial ni me apoya

**43. En algunas familias, diferentes puntos de vista en relación a cosas como los estilos de vida, los valores personales, la religión, la situación social/económica, la orientación sexual, la política, etc., interfieren en las relaciones familiares. ¿Hasta qué grado es esto el caso en su familia?**

- Asuntos como estos no interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos rara vez interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos de vez en cuando interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos frecuentemente interfieren en las relaciones dentro de mi familia

**44. ¿Qué tan cómodos se sienten los miembros de su familia extendida cuando se trata de estar o relacionarse con niños?**

**Su propia familia**

- Todos los miembros de la familia se sienten cómodos
- La mayoría se sienten cómodos
- Más o menos la mitad se sienten cómodos
- Pocos se sienten cómodos
- Ningún miembro de la familia se siente cómodo

**La familia de su cónyuge/compañero(a) doméstico**

- No es pertinente
- Todos los miembros de la familia se sienten cómodos
- La mayoría se sienten cómodos
- Más o menos la mitad se sienten cómodos
- Pocos se sienten cómodos
- Ningún miembro de la familia se siente cómodo

**45. Anote a sus hermanos(as) de acuerdo a la relación, estrecha o distante, que usted tiene con ellos:**

- No tengo hermanos ni hermanas
- Tengo una relación muy estrecha con: \_\_\_\_\_
- Tengo una relación más o menos estrecha con: \_\_\_\_\_
- Tengo una relación distante con: \_\_\_\_\_
- Estoy en conflicto con: \_\_\_\_\_

**46. ¿Pueden los miembros de su familia inmediata y extendida aceptar completamente en la familia a un niño que no tiene parentesco con ellos?**

- Todos los miembros de la familia pueden aceptarlo completamente
- La mayoría de ellos pueden aceptarlo completamente
- Más o menos la mitad lo pueden aceptar completamente
- Pocos lo pueden aceptar completamente
- Ningún miembro de la familia lo puede aceptar

**47. ¿Cuántas personas en su vida, fuera de su familia, están listas y pueden proporcionarle a usted apoyo como padre/madre?**

- Hay muchas personas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay varias personas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay unas cuantas personas selectas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay una persona en mi vida que está lista y puede proporcionarme apoyo
- No hay nadie en mi vida que esté lista ni pueda proporcionarme apoyo

**48. ¿Cuántas personas en su vida, fuera de su familia, le causan un conflicto serio y/o tensión?**

- Hay muchas personas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay varias personas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay unas cuantas personas selectas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay una persona en mi vida que me causa un conflicto serio y tensión
- No hay nadie en mi vida que me cause un conflicto serio ni tensión

**49. Marque las casillas que mejor describen su participación en la comunidad:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo amistades con quien socializar               | <input type="checkbox"/> Soy activo en la política                                 |
| <input type="checkbox"/> Tengo pocas amistades con las que socializo           | <input type="checkbox"/> Voy a la iglesia regularmente                             |
| <input type="checkbox"/> Tengo muchas amistades con las que socializo          | <input type="checkbox"/> Voy a la iglesia de vez en cuando                         |
| <input type="checkbox"/> Participo regularmente en organizaciones sociales     | <input type="checkbox"/> Rara vez/Nunca voy a servicios religiosos                 |
| <input type="checkbox"/> Participo de vez en cuando en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Participo activamente en organizaciones comunitarias      |
| <input type="checkbox"/> Rara vez participo en organizaciones sociales         | <input type="checkbox"/> De vez en cuando participo en organizaciones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____   | <input type="checkbox"/> No participo en organizaciones comunitarias               |

**50. Si trabaja fuera del hogar, ¿cuántas horas por semana trabaja?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente  | <input type="checkbox"/> 20 - 30 horas | <input type="checkbox"/> 41 - 50 horas   |
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas | <input type="checkbox"/> 31 - 40 horas | <input type="checkbox"/> Más de 50 horas |

**51. Si trabaja fuera del hogar, ¿cuánto tiempo ha trabajado en su empleo actual?**

- No es pertinente       \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

**52. Si trabaja dentro o fuera del hogar, ¿disfruta su trabajo?**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No      | <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo        |

**53. ¿Alguna vez lo han despedido?**

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**54. ¿Tiene planes de cambiar su carrera o trabajo en un futuro cercano?**

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**55. ¿Cuál es la condición general de su salud?**

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

Si es regular o mala, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**56. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía?**

No

Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**57. ¿Está actualmente tomando alguna medicina?**

No

Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**58. ¿Ha tenido usted o alguien en su familia alguna de las siguientes condiciones? Indique cuál miembro de la familia usando los siguientes códigos; anote el número apropiado al lado de la condición:**

**1 = Usted mismo    2 = Padre(s)/Madre    3 = Hermano(s)/Hermana(s)    4 = Hijos    5 = Cónyuge/Compañero(a) doméstico**

\_\_\_\_\_ Diabetes

\_\_\_\_\_ Alta presión

\_\_\_\_\_ Ulceras

\_\_\_\_\_ Pérdida del oído

\_\_\_\_\_ Enfermedad del riñón

\_\_\_\_\_ Condición del corazón

\_\_\_\_\_ Condición de la tiroides

\_\_\_\_\_ Adicción a las drogas

\_\_\_\_\_ Depresión

\_\_\_\_\_ Déficit de atención

\_\_\_\_\_ Otra condición (o condiciones) no anotada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Artritis

\_\_\_\_\_ Cáncer

\_\_\_\_\_ Colitis

\_\_\_\_\_ Deficiencia de la vista

\_\_\_\_\_ Insomnio

\_\_\_\_\_ Colesterol alto

\_\_\_\_\_ Retraso mental

\_\_\_\_\_ Trastorno alimentario

\_\_\_\_\_ Enfermedad bipolar

\_\_\_\_\_ Infertilidad/Esterilidad

\_\_\_\_\_ Ataques

\_\_\_\_\_ Dolores de cabeza frecuentes

\_\_\_\_\_ Asma

\_\_\_\_\_ Alergias

\_\_\_\_\_ Anemia drepanocítica

\_\_\_\_\_ Tuberculosis

\_\_\_\_\_ Alcoholismo

\_\_\_\_\_ Ataques de ansiedad/pánico

\_\_\_\_\_ Esquizofrenia

\_\_\_\_\_ Enfermedad transmitida sexualmente

***Afirmo que la información que se ha dado en este cuestionario es correcta, según mi leal saber y entender.***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

---

**COMENTARIOS**