



Formulario de Confirmación y Consentimiento

Yo, _____, como el padre, tutor o representante legal de _____, he sido informado y entiendo que FIRST 5 Santa Clara County podría compartir información confidencial acerca de mi hijo(a) y familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios para mi hijo(a) y familia.

Las agencias colaboradoras trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi hijo(a) y familia podrían incluir pero no estar limitadas a: proveedores médicos, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Salud Pública, la Agencia de Servicios Sociales, Programas Preescolares y Head Start, Distritos Escolares, el Centro Regional, los proveedores de la enseñanza temprana y otros proveedores de servicios para la niñez temprana.

Cada agencia únicamente dará a conocer o intercambiara cualquier información o archivos a otras agencias colaboradoras cuando se necesite la información para brindar servicios o para propósitos de evaluación acerca de mi hijo(a) y familia como explica más abajo.

Se requiere por separado un formulario de autorización de un proveedor de salud para dar a conocer cualquier información de atención médica. Entiendo que se me podría pedir que firme otro(s) formulario(s) para dar a conocer a FIRST 5 y las agencias colaboradoras información de atención médica referente a mi y/o a mi hijo(a).

Entiendo que por ley FIRST 5 debe de llevar a cabo evaluaciones de los servicios que ellos le brindan a mi familia. Esto requiere la recopilación y análisis de información y datos que podrían incluir información confidencial acerca de mi familia. Además, entiendo que esta información ayudara a mejorar los servicios a familias como la mía y que ninguna información confidencial será incluida en ningún informe público.

FIRST 5 requiere mi permiso para reunir y analizar información confidencial para fines de evaluación. Dicha información podría ser compartida con los afiliados de FIRST 5 y proveedores de servicios para la niñez temprana. Cada agencia entiende que debe de mantener la confidencialidad de dicha información y únicamente puede dar a conocer dicha información como lo requiere la ley o tal como lo autoriza un consentimiento por escrito para dar a conocer a la información. No existe ningún riesgo conocido para mí o mi familia por compartir esta información.

Le doy permiso a FIRST 5 y sus evaluadores y sus asociados a reunir y analizar información confidencial de mi familia para evaluar el programa.

Entiendo que si no elijó firmar este Formulario de Confirmación y Consentimiento, mi familia de todos modos recibirá servicios de FIRST 5, y por el propósito mi nombre y domicilio serán puestos en el sistema de FIRST 5 para estar disponibles al administrador del sistema.

También entiendo que yo puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento. Puedo hacer esto al escribirle a Cathy Andrade, Directora del Programa Comunitario, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San José, CA 95117. Si doy el permiso para cancelar este consentimiento, no afectara ninguna información que ya ha sido coleccionado.

Mi consentimiento permanecerá efectivo por 10 años apartar de la fecha de este formulario.



Formulario de Confirmación y Consentimiento
(a continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado por completo, y entiendo las disposiciones.

Padre(s), Tutor Legal o Representante Legal:

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Firma

Firma

Parentesco con el (la) niño(a)

Parentesco con el (la) niño(a)

Nombre del niño(a) o de los niños

Fecha

Nombre de la agencia que recibirá el consentimiento para dar a conocer la información

Nombre de la persona que recibirá la firma del padre/madre

FIRST 5 Santa Clara County
 Centro de Recursos Familiares
 Entrevista para la Admisión de Familias

Introducción Sugerida: El Centro de Recursos Familiares está solicitando a las familias recibiendo servicios en los programas de FIRST 5 que completen una entrevista. Sus respuestas nos ayudarán para servirle a usted y a otros miembros de la comunidad mejor. No es requerido que complete esta entrevista y además puede elegir de no contestar cualquier pregunta. Estamos disponibles en ayudarle si no comprende alguna pregunta.

Fecha cuando completo la forma: (MM/DD/AAAA)		
Nombre completo del cuidador (Primer Segundo Apellido):	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero	
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Número de teléfono:	Número alternativo:	Dirección de correo electrónico:
Idioma principal hablado en el hogar: (marque solamente uno)		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Otro idioma: _____		
Origen étnico: (marque todos los que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Parentesco al niño(a): (marque solamente uno)		
<input type="checkbox"/> Madre (biológica, de crianza/adoptiva, madrastra) <input type="checkbox"/> Padre (biológico, de crianza/adoptivo, padrastro) <input type="checkbox"/> Otra persona que no es pariente <input type="checkbox"/> Otra tutora (por ejem. abuela, tía) <input type="checkbox"/> Otro tutor (por ejem. abuelo, tío)		
Nombre completo del cuidador #2 (Primer Segundo Apellido):	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero	
Idioma principal hablado en el hogar: (marque solamente uno)		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Otro idioma: _____		
Origen étnico: (marque todos los que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Parentesco al niño(a): (marque solamente uno)		
<input type="checkbox"/> Madre (biológica, de crianza/adoptiva, madrastra) <input type="checkbox"/> Padre (biológico, de crianza/adoptivo, padrastro) <input type="checkbox"/> Otra persona que no es pariente <input type="checkbox"/> Otra tutora (por ejem. abuela, tía) <input type="checkbox"/> Otro tutor (por ejem. abuelo, tío)		

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA FAMILIA

1. ¿Cuál ingreso de abajo es más cercano a su ingreso familiar del año pasado? (Marque solamente uno)

<input type="checkbox"/> Menos de \$5,000	<input type="checkbox"/> \$5,001 – \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001 – \$20,000
<input type="checkbox"/> \$20,001 – \$30,00	<input type="checkbox"/> \$30,001 – \$40,000	<input type="checkbox"/> \$40,001 – \$50,000
<input type="checkbox"/> Más de \$50,001	<input type="checkbox"/> No sé/No respuesta	

2. ¿Cuánto miembros de su familia viven con usted?
 Número de niños de 0 a 5 años: _____ # de niños de 6 a 18 años: _____ # de adultos: _____

(Continúa)

3. **En los últimos 3 meses, ¿cuánto se ha preocupado sobre...?**

	No le preocupa ☺	Le preocupa un poco ☹	Le preocupa ☹☹
a) ¿Tener comida suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Tener una vivienda que puede pagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Tener suficiente dinero y un buen trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Sentirse en peligro o amenazado(a) por alguien en su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Alguien en su familia cercana quien ha tenido un problema con drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Sentirse triste o deprimido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **En los últimos 3 meses, ¿cuánto estás de acuerdo con las siguientes declaraciones...?**

	Muy de acuerdo ☺☺	De acuerdo ☺	En desacuerdo ☹	Muy en desacuerdo ☹☹
a) Puedo obtener los servicios que necesita mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Me siento más conectado con mi comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tengo personas en mi comunidad a quienes puedo acudir para apoyo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cuál es el grado más alto de la escuela que ha completado? (*marque solamente uno*)

- Algún tiempo en la secundaria o preparatoria Diploma de la preparatoria/GED
 Un título de asociado, diploma técnico, o vocacional Título de licenciatura
 Maestría, doctorado o título profesional Otro/No sé/No respuesta

6. Actualmente, ¿cuál es su estado de empleo? (*marque solamente uno*)

- Tiempo completo Medio tiempo Sin empleo Otro/No respuesta

7. ¿Cuál es su estado civil? (*marque solamente uno*)

- Soltero(a) Casado(a) Separado(a)/Divorciado(a) Viudo(a) No respuesta

8. **En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia ha participado como voluntario(a) para mejorar su comunidad?** (*Tal como trabajando con grupos religiosos, grupos políticos o comunitarios*). (*marque solamente uno*)

- Nunca una o 2 veces 3 hasta 6 veces más de 6 veces No se/No respuesta

9. ¿Cómo se enteró acerca del Centro de Recursos Familiar? (*marque todos que corresponden*)

- FIRST 5 Trabajador Comunitario Amigo/Pariente Panfleto Escuela
 La red/el periódico Radio/TV Sin cita previa/por si mismo
 Otro: _____

10. ¿Algunos de estos programas le sirven a usted u a otro miembro de la familia? (*marque todos que corresponden*)

- Ninguno** de estas programas Asistencia de Menores/CPS Differential Response
 Servicios de la Salud Mental Programas/Talleres de la Corte Early Start/Educación especial
 Servicios libertad condicional Servicios de Droga o Alcohol Asistencia pública (e.g., WIC, CalWorks)
 FIRST 5 Visitador a Casa Otro: _____

11. ¿Cuáles materiales recibió de FIRST 5? (*marque todos que correspondan*)

- Paquete de Recursos para Nuevo Padres "Estoy listo para el Kindergarten," un manual para los padre
 Ninguno

Nombre completo del cuidador (Primer Segundo Apellido):	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO(A)

Favor de completar esta entrevista para cada niño(a) en la familia menor de 6 años.

Fecha cuando completo la forma: (MM/DD/AAAA)	
Nombre completo del niño(a):	Fecha de nacimiento del niño(a): (MM/DD/AAAA)
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal hablado en el hogar: <i>(marque solamente uno)</i> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Otro idioma: _____	
Origen étnico: <i>(marque todos los que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Seguro médico del niño(a): <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Seguro comprado directamente por los padres/tutor <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Seguro médico ofrecido por el trabajo <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Algún otro o una aplicación pendiente, (especifique qué tipo): _____ <input type="checkbox"/> No sé/No respuesta	

- En los últimos 12 meses**, ¿cuántas veces recibió su niño(a) un chequeo médico? Es decir, un chequeo general cuando no estaba enfermo(a) o herido(a) su niño(a).
 0 veces una vez 2 a 3 veces 4 a 5 veces 6 veces o más No sé/No respuesta
 - En los últimos 12 meses**, ¿cuántas veces fue a una sala de emergencias con su niño(a)?
 Nunca Una vez 2 a 3 veces 4 veces o más No sé/No respuesta
 - ¿Cuándo fue la última vez que su niño(a) visitó a un dentista para el cuidado de sus dientes?
 No corresponde Niño(a) es menor de 12 meses de edad Hace menos de un año
 Entre 1 a 2 años Hace 2 años o más Nunca No sé/No respuesta
 - ¿Hay un lugar o una persona que cuida su niño(a) durante el día? Si respondió **Sí**, ¿dónde?
 Head Start Guardería de niños Otro programa pre-escolar
 Guardería Infantil familiar Pariente/vecino o niñera
 Mi niño(a) no es atendido afuera de nuestra casa y no lo cuida otra persona (**Pase a la Pregunta # 5**)
- 4b. **Si su niño(a) asiste el nivel pre-escolar, o guardería de niños**, califique como se siente de su...

	Bajo ☹	Promedio ☺	Excelente 😊
a) Conveniencia (horas, lugar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy caro ☹	Promedio ☺	Muy asequible 😊
c) Costo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está recibiendo subsidio por el cuidado de su niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

(Continúa)

5. Algunas veces los padres tienen preocupaciones acerca del desarrollo de su hijo(a). Para las siguientes preguntas, califique su nivel de preocupación como: No le preocupa, le preocupa, o le preocupa un poco.

	Se siente qué...		
	¿No le preocupa? ☺	¿Le preocupa un poco? ☹	¿Le preocupa? ☹
a) ¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y forma los sonidos del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas o los brazos para hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **En un día típico**, ¿cuántas porciones de cada alimento recibe su niño(a)...? (Nota: Solamente conteste si este niño(a) tiene **más de 1 año de edad**.)

	0	1	2	3	4	Más de 5
a) Vasos de leche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vasos de soda u otra bebida fresca (como el ponche de frutas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Porciones de fruta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Porciones de vegetales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Porciones de dulces (galletas, dulces, pasteles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Porciones de comida rápida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Cuál es la estatura de su niño(a)? _____ El peso de su niño(a): _____

8. **En una semana típica**, ¿con qué frecuencia hace su familia las siguientes cosas con este niño(a)?

	Nunca	1-2 veces	3-6 veces	Cada día
a) Dibujo, colorea, pinta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ir a paseos (al patio de juegos, a la biblioteca, al museo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Leer cuentos o mirar libros con dibujos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tocar música o cantar canciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hacer ejercicio o jugar deportes juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tener una rutina antes de acostarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **En un día típico**, ¿con qué frecuencia...?

	Nunca o todavía no lo hace	Algunas veces	Frecuente o siempre
a) Tiene este niño(a) un berrinche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le dice este niño(a) lo que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se consuela o se tranquiliza este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Explora nuevas cosas este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Se distrae este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Juega bien con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Muestra interés en los libros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Usa palabras o gestos para comunicar este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Trata de resolver los problemas este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sigue las reglas e instrucciones este niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>