



Formulario de ingreso de familias 2022-23

Fecha de llenado: Mes ____ Día ____ Año ____

Padre/madre/Cuidador 1 (Principal)

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____
Ejemplo: Mónica Patricia Herrera-López

Fecha de nacimiento: Mes ____ Día ____ Año ____ Teléfono: _____ Celular Casa

Dirección de correo postal: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Identidad de género: Hombre Mujer Otro: _____

Relación con el/la niño(a) (Marque solo una opción):

Madre Padre Tutor legal Padre/madre de acogida Abuelo/a Otro: _____

Raza/etnia (Marque solo una opción)

hispano/latino/chicano otra raza/etnia del Sureste Asiático (p.ej., tailandés, camboyano) negro/de ascendencia africana
 blanco no hispano surasiático (p.ej., hindú, pakistaní) indio americano/nativo de Alaska
 vietnamita asiático oriental (p.ej., japonés, coreano, chino) dos razas o más
 filipino nativo de Hawái/otras islas del Pacífico otra: _____

Idioma principal (Marque solo una opción)

inglés tagalo otra lengua de Asia Oriental (p.ej., japonés, coreano)
 español mandarín lengua del Sur Asiático (p.ej. hindi, punjabi, telugu)
 vietnamita cantonés otro: _____

Seguro (marque solo una opción):

Sin seguro Medi-Cal (incluyendo seguro gratuito/ con costo reducido a través de Kaiser/Covered California) Seguro privado Otro: _____

1. En los últimos 12 meses, ¿qué tipos de experiencias de cuidado infantil/preescolar habituales tuvo su hijo(a)?

Kinder de transición Hogar de cuidado infantil familiar con licencia Familia/amigo/vecino
 Head Start u otro preescolar padre/madre gratis/de bajo costo Programa de prekínder de verano de corto plazo Ninguna -En casa con cuidado Otro preescolar o centro de cuidado infantil con licencia Otro: _____

2. En una semana típica, ¿cuántas veces hace su familia las siguientes actividades con sus hijos?

	Para nada	1-2 veces	3-6 veces	Todos los días
a) Contar historias o cantar canciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tener una rutina para la hora de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Leerle o mostrarle libros de cuentos ilustrados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Tiene alguno de los siguientes aparatos electrónicos en casa para su uso?

iPhone u otro smartphone Teléfono Obama iPad/Tableta Computadora Laptop Otro: _____

4. ¿Tiene internet/Wifi en su casa? Sí No No sé/Me rehusó a declarar

5. ¿Cómo calificaría su nivel de comodidad para acceder a información o programas en línea?

Muy incómodo(a) Un poco incómodo(a) Neutral Un poco cómodo(a) próximo mes?

Para uso exclusivo del personal: Familia nueva Familia que regresa FRC/Nombre del sitio: _____
FRC/Nombre del empleado del sitio: _____

6. En el último año, ¿usted y su hijo alguna vez se quedaron en alguno de los siguientes lugares porque perdieron su casa, por problemas económicos o porque no había otra alternativa? (Por favor marque todas las opciones que apliquen.)

- Temporalmente con amigos o familia, en una casa o departamento
- En un hotel o motel
- En un albergue o programa de vivienda de transición
- En un carro o casa rodante, en un campamento, parque o lugar público
- NO, ninguno de éstos
- Otro: _____

7. ¿Hay algún riesgo de que usted y su familia puedan perder su residencia actual durante el próximo mes?

- Sí
- No
- Me rehúso a declarar

8. En el último año, ¿Qué tipo de programas para padres, servicios o apoyos ha usado?

- Educación/clases de apoyo para las habilidades parentales (p. ej. talleres o clases sobre las habilidades parentales, el desarrollo o conducta de los niños)
- Visitas a domicilio de un enfermero, trabajador comunitario, proveedor conductual/terapéutico, u otro proveedor
- Servicios que se ofrecen a través de un Centro de Recursos Familiares (p. ej. referencias, talleres, clases)
- Biblioteca o Biblioteca móvil (p. ej. ha sacado libros, asistido a una clase o evento, conseguido información de un bibliotecario)
- Otro: _____
- Ninguno de estos programas, servicios o apoyos

9. ¿Conoce la aplicación llamada “Bloques Básicos de la Crianza (Building Blocks of Parenting)”? Sí No Me rehúso a declarar

10. ¿Alguno de los siguientes programas le proporciona servicios a usted o a otro miembro de su familia? (Marque todos los que apliquen)

- CalFresh/EBT
- CalWORKs
- WIC
- Servicios de bienestar de niños/ Servicios de Protección al Menor (CPS)
- Programas/talleres del tribunal
- Sistema correccional (cárcel/prisión)
- Servicios de libertad vigilada o condicional
- Servicios de atención por violencia doméstica
- Cuidado de acogida familiar (Foster care)
- Servicios de salud mental/conductual
- Servicios por alcohol o drogas
- Servicios vinculados a la escuela
- Otro (especifique) _____
- Ninguno de estos programas

Conectando a su familia con los servicios

11. Desde que comenzó la COVID-19 y el cierre económico, ¿cómo se ha visto afectada su familia? (Marque todas las que correspondan)

- Trabajo perdido
- Seguro médico perdido
- Cuidado de niños perdido
- Contagiado/a con COVID-19
- Otro (especificar) _____

12. FIRST 5 quiere ayudarle a encontrar recursos para satisfacer las necesidades de su familia. ¿Qué tan preocupado está ahora por las siguientes cosas para usted o su familia?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
a) Tener suficiente dinero para pagar las cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Salud o un problema de cuidado de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mi situación de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemas relacionados con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cuidado infantil/educación temprana (TK, preescolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Inmigración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemas con mi esposo(a) o pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Capacidad para proveer para mi familia y para mí suficientes alimentos saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) El comportamiento de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sentirme deprimido, estresado o sin interés para hacer cosas que solía disfrutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información del niño (Niños menores de 6 años)

Nombre <i>Ej.: Jane</i>	Inicial del segundo nombre <i>Ej.: A</i>	Apellido(s) <i>Ej.: Herrera-López</i>	Identidad de género	Fecha de nacimiento	Idioma principal <i>(Marque solo una opción)</i>	Etnia <i>(Marque solo una opción)</i>	Seguro <i>(marque sólo una opción):</i>	¿Tuvo una revisión con un doctor el año pasado?	Si el niño tiene más de 1 año: ¿Tuvo un examen dental el año pasado?	El niño ha recibido alguna evaluación	Necesidades especiales <i>(identificadas por su proveedor de servicios)</i>
1.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Mes___ Día___ Año___	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otra lengua surasiática <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Otra lengua de Asia oriental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Chicano <input type="checkbox"/> Blanco no hispano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otra etnia del sureste asiático <input type="checkbox"/> Surasiático <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Hawaiano/nativo de las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/De ascendencia africana <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal (incluyendo seguro gratuito/ con costo reducido a través de Kaiser/Covered California) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otro:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Ninguna de éstas	<input type="checkbox"/> Tiene una necesidad especial <u>diagnosticada por un profesional?</u> <i>(Por favor especifique):</i> _____ <input type="checkbox"/> Está recibiendo <u>ayuda profesional</u> para una necesidad especial
2.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Mes___ Día___ Año___	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otra lengua surasiática <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Otra lengua de Asia oriental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Chicano <input type="checkbox"/> Blanco no hispano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otra etnia del sureste asiático <input type="checkbox"/> Surasiático <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Hawaiano/nativo de las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/De ascendencia africana <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal (incluyendo seguro gratuito/ con costo reducido a través de Kaiser/Covered California) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otro:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Ninguna de éstas	<input type="checkbox"/> Tiene una necesidad especial <u>diagnosticada por un profesional?</u> <i>(Por favor especifique):</i> _____ <input type="checkbox"/> Está recibiendo <u>ayuda profesional</u> para una necesidad especial
3.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Mes___ Día___ Año___	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otra lengua surasiática <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Otra lengua de Asia oriental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Chicano <input type="checkbox"/> Blanco no hispano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otra etnia del sureste asiático <input type="checkbox"/> Surasiático <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Hawaiano/nativo de las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/De ascendencia africana <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal (incluyendo seguro gratuito/ con costo reducido a través de Kaiser/Covered California) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otro:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Ninguna de éstas	<input type="checkbox"/> Tiene una necesidad especial <u>diagnosticada por un profesional?</u> <i>(Por favor especifique):</i> _____ <input type="checkbox"/> Está recibiendo <u>ayuda profesional</u> para una necesidad especial

Información del niño (Niños menores de 6 años)

4.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Mes____ Día____ Año____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otra lengua surasiática <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Otra lengua de Asia oriental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Chicano <input type="checkbox"/> Blanco no hispano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otra etnia del sureste asiático <input type="checkbox"/> Surasiático <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Hawaiano/nativo de las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/De ascendencia africana <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal (incluyendo seguro gratuito/ con costo reducido a través de Kaiser/Covered California) <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otro:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> De Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Ninguna de éstas	<input type="checkbox"/> Tiene una necesidad especial <u>diagnosticada por un profesional?</u> <i>(Por favor especifique):</i> _____ <input type="checkbox"/> Está recibiendo <u>ayuda profesional</u> para una necesidad especial
----	--	--	---	-------------------------------	---	--	--	--	--	---	---

