

"Seguir en Contacto"

Formulario Universal de Family Service

Este formulario nos servirá para saber cómo ha estado usted. **Todo lo que comparta en este formulario es estrictamente confidencial.** ¡Gracias por su confianza!

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

- ¿Cuál es la situación actual de su residencia?**

Tengo un lugar estable para vivir No tengo un lugar fijo para vivir (Provisionalmente quedando con otros, en un hotel, etc.)
 Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro No deseo compartir
- ¿Cuál es su situación laboral?**

Tiempo completo Tiempo parcial Empleo ocasional
 Sin empleo Jubilado/Retirado No deseo compartir
- ¿La falta de acceso a cuidado infantil o de guardería está afectando su capacidad para ir a trabajar?**

Sí No
- ¿Tiene acceso a internet en su hogar?**

Sí No Algunas veces No deseo compartir
- ¿En los últimos 3 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas o conseguir las cosas que necesita para la vida diaria?**

Nunca Algunas veces Con frecuencia No deseo compartir
- ¿En los últimos 3 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos?**

Nunca Algunas veces Con frecuencia No deseo compartir
- ¿En los últimos 3 meses, ¿la compañía de electricidad, gas o agua amenazó con cortar los servicios de su hogar?**

Sí No Está desconectado el servicio No deseo compartir
- Si lo solicitó, ¿recibió asesoría para mejorar su puntuación de crédito, tratar con colectores de deudas, manejar las finanzas de su hogar o establecer metas financieras?**

Sí No ahora
- ¿Con cuánta frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?**

Nunca Pocas veces Algunas veces Con frecuencia Siempre No deseo compartir

Corta Escala de Resiliencia

Brief Resilience Scale (BRS)

Responda a cada elemento marcando una casilla por fila	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Me cuesta superar situaciones estresantes.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
No me toma mucho tiempo recuperarme de un evento estresante.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Es difícil para mí responder cuando algo malo sucede.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Suelo pasar por momentos difíciles con pocos problemas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tiendo a tomar mucho tiempo para superar los problemas de la vida (adversidades)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Puntuación: Sume las respuestas y divida por 6 (la puntuación variará de 1 a 5)

Mi puntaje:

Staff Use Only:

Enrollment Date: _____ Survey Date: _____ Client ID: _____

Program: _____