



# Conociéndolo

## Formulario de Inscripción Universal

Este formulario de admisión está destinado a conocerlo(a). La información que comparta nos ayudará a conectarlo con recursos, servicios, y programas que puedan beneficiarlo a usted y a su familia. **Todo lo que comparta en este formulario se mantendrá estrictamente confidencial.**

¡Gracias por permitirnos hacer este viaje con usted!

(Por favor ingrese la información del **CLIENTE PRINCIPAL** o destinatario de los servicios)

### Información Demográfica

¿Porque vino a Family Service? \_\_\_\_\_  No deseo compartir

Localización de Family Service: \_\_\_\_\_ Fecha de Registro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género				
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> No deseo compartir
<input type="checkbox"/> Un género que no sea singularmente femenino o masculino (por ejemplo, no binario, género fluido, agénero, género culturalmente específico)				

Orientación Sexual: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  No sé o no tengo  No deseo compartir

¿Cómo se enteró de Family Service? \_\_\_\_\_

¿En los últimos seis meses, ha participado usted o su(s) hijo(s) menor(es) en algún programa de Family Service?  Sí  No

### Participación previa con Family Service para usted o su(s) hijo(s) menor(es)

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Estado Civil			
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Conviviendo	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> No deseo compartir

Etnicidad		
<input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> No deseo compartir

Raza			
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Indio/a Nativo/a americano/a o de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> No gusto compartir	<input type="checkbox"/> Nativo/a hawaiano/a / isleño/a del Pacífico	

Para que podamos servirle mejor, ¿Qué tan bien habla inglés? (5 años o más de edad):

Muy Bien  Bien  No Tan Bien  Nada

¿Qué idioma hablas en casa? \_\_\_\_\_

¿Hablas un idioma que no sea inglés en casa?  Sí  No  No deseo compartir

¿Cómo describiría su unidad familiar?

Madre soltera  Padre soltero  Dos padres  Sin Hijos

Cuidador (ejemplo: Abuelo/a)  No deseo compartir

¿Necesita usted ayuda con las actividades diarias como bañarse, preparar sus comidas, etc.?

No necesito ayuda  Recibo toda la ayuda que necesito  Me vendría bien un poco más de ayuda

Necesito mucho más ayuda  No deseo compartir

**Family Service tiene servicios especiales y recursos disponibles para ciertas poblaciones como militares/veteranos/as, trabajadores agrícolas migrantes y refugiados/as.**

¿Está usted o algún miembro de su familia en servicio activo o un veterano?  Sí  No

Por favor indique a continuación si usted, su esposa(o), sus padres o sus hijos están/estuvieron en el ejército:

Nombre	Parentesco	Servicio activo o veterano	Rama de servicio

¿En el año pasado ha sido empleado como trabajador/a Agrícola estacional o migrante?

Sí  No

## Información de Contacto

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Preferencia de comunicación:  Texto  Correo electrónico  Llamada



## Contacto de Emergencia

Relación contigo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa/Móvil: \_\_\_\_\_

La mejor manera de contactarlo: \_\_\_\_\_

## Educación

¿Está actualmente en la escuela?  Sí  No Si es así, dónde? \_\_\_\_\_

¿En qué distrito escolar vive? \_\_\_\_\_

¿Comentarios? \_\_\_\_\_

### ¿Cuál es el nivel de educación más alto que terminó?

<input type="checkbox"/> 9no grado o menos	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Algo de colegio universitario	<input type="checkbox"/> Formación Técnica
<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Otro grado avanzado	<input type="checkbox"/> N/A

### ¿Y para el segundo padre, si aplica?

<input type="checkbox"/> 9no grado o menos	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Algo de colegio universitario	<input type="checkbox"/> Formación Técnica
<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Otro grado avanzado	<input type="checkbox"/> N/A

¿Cuántas personas viven con usted en su hogar? \_\_\_\_\_

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Género	Escuela	Grado

## Salud y Cuidado de la Salud

¿Tiene seguro de salud?  Sí  No  No deseo compartir

Su niño/s registrado/s tiene/n seguro de salud?  Sí  No  No deseo compartir

¿A dónde va para recibir atención médica? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o sus hijos alergias potencialmente mortales?  Sí  No  No deseo compartir

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la alergia: \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro problema de salud de usted o su familia que debamos conocer?

- Sí  No  No deseo compartir

En caso afirmativo, por favor explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el estrés en su vida lo hace sentir tenso, inquieto, ansioso, o incapaz de dormir?

- Para Nada  Un Poco  Mucho  Bastante  No deseo compartir

## Fortaleza Económica Familiar

¿Cuál es su situación laboral?

- Tiempo Completo  Medio Tiempo  Empleado Ocasionalmente  Sin Empleo  
 Jubilado/a  No deseo compartir

¿Cuál es su situación personal hoy?  Tengo un lugar estable para vivir

- Hoy tengo un lugar para vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro  
 No tengo un lugar estable para vivir (Estoy quedándome provisionalmente con otros, en un hotel, etc.)  
 No deseo compartir

¿Por favor díganos más sobre su situación familiar?  Vivienda Propia  Renta  Vivienda Pública

- Vivienda compartida con familiares/amigos  Temporal (refugio/estancia con otros)  Sin Hogar

¿Tiene acceso a internet en su hogar?  Sí  No  Algunas veces  No deseo compartir

¿Si no, cómo se conecta a internet? \_\_\_\_\_

¿Cómo se transporta usted y su familia?  Mi propio vehículo  Transporte Público

- Otro  No deseo compartir

¿Si usas el transporte público, cuántos traslados necesitas para llegar a nosotros? \_\_\_\_\_

¿En el último año, la falta de transporte confiable le impidió llegar a citas médicas, reuniones, trabajo, o de obtener las cosas necesarias para la vida diaria?

- Nunca  Algunas Veces  A menudo  No deseo compartir

Conocer el ingreso de su hogar nos ayudará a determinar qué servicios puede ser usted elegible. Encierre en un círculo el número de personas que viven en su hogar y luego el número más cercano que coincida con su ingreso anual:

Miembros del Hogar (circule)	Ingreso Total Anual (circule)			
	Bajo \$5,000	Bajo \$9,999		
1	\$12,760	\$17,609	\$19,140	\$25,520
2	\$17,240	\$23,791	\$25,860	\$34,480
3	\$21,720	\$29,974	\$32,860	\$43,440
4	\$26,200	\$36,156	\$39,300	\$52,400
5	\$30,680	\$42,338	\$46,020	\$61,360
6	\$35,160	\$48,521	\$52,740	\$70,320
7	\$39,640	\$54,703	\$59,460	\$79,280
8+	\$44,120	\$60,886	\$66,180	\$88,240

## ¿Participa actualmente en alguno de los siguientes programas?

<input type="checkbox"/> SNAP – (Programa de asistencia nutricional complementaria)	<input type="checkbox"/> TANF – Asistencia Temporal de Texas para Familias Necesitadas	<input type="checkbox"/> CHIP – Programa de seguro médico para niños	<input type="checkbox"/> WIC – Mujeres, Infantes y Niños	<input type="checkbox"/> EITC (Crédito tributario por ingreso del trabajo)	<input type="checkbox"/> Medicaid o Medicare
<input type="checkbox"/> Servicios de Head Start	<input type="checkbox"/> Educación para Padres	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Accesible	<input type="checkbox"/> CCA – Asistencia de cuidado para niños	<input type="checkbox"/> No deseo compartir	

## Apoyos Vecinales

Si tiene un teléfono, ¿su número de teléfono cambia con frecuencia?

Sí  No  No deseo compartir

¿Estaría dispuesto a mantenernos actualizados sobre el estado de su teléfono?

Sí  No  No deseo compartir

¿Por los requisitos de nuestra agencia, se requiere preguntar: ¿Es usted un delincuente sexual registrado?

Sí  No

## ENCUESTA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

**Participación Social y Comunitaria** - A medida que aprendemos más sobre usted, es importante que conozcamos su vida social y sus sistemas de apoyo. Esto nos ayudará a comprender mejor las conexiones que ya tiene, así como aquellas que pueden serle útiles en el futuro.

¿Está usted ciego(a) o tiene dificultad para ver, incluso con lentes?  Sí  No  No deseo compartir

¿Es usted sordo(a) o tiene dificultad para escuchar?  Sí  No  No deseo compartir

¿Qué tan seguido se siente solo o aislado de quienes lo rodean?

Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Siempre  No deseo compartir

¿Es usted un refugiado?  Sí  No  No deseo compartir

¿Si es así, de qué país de origen? \_\_\_\_\_

¿Desea recursos designados para refugiados, trabajadores migrantes agrícolas, o militares/veteranos?  Sí  No

**Salud y Cuidado de la Salud** - Comprender su estado de salud y bienestar nos ayudará a comprender mejor su situación. La salud y el bienestar son la base a partir de la cual crecen las experiencias positivas.

¿Cómo cuida usted su salud? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir ayuda para inscribirse en un seguro médico?  Sí  No

¿Necesita ayuda para comunicar sus inquietudes a su médico?  Sí  No  No deseo compartir

Ha recibido usted y/o su(s) hijo(s) la vacuna contra la gripe esta temporada (Oct - marzo)?

Sí  No  No deseo compartir

¿Como madre y/o Padre que edad tenía cuando nació su primer hijo?

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_  N/A  No deseo compartir

En los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana realizó ejercicio moderado, como caminar rápido, correr, andar en bicicleta, nadar y/o entrenamiento de fuerza (por ejemplo, levantar pesas)? \_\_\_\_\_

¿Usa productos de tabaco o vapeo?  Sí  No  No deseo compartir

¿Hay antecedentes familiares de alcoholismo y/o abuso de sustancias?

No  Abuso de sustancias  Alcoholismo  No deseo compartir

**Educación** - A través de esta sección, esperamos conocer sus experiencias educativas y ayudarlo a orientar los próximos pasos, ya sea para usted o para su familia.

Háganos saber si usted o su(s) hijo(s) (que están registrados en el programa) tienen un retraso en el desarrollo, una discapacidad que afecta la educación, y/o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) y/o un Plan de Educación Individualizado (IEP):

Ninguno  No aplica  No deseo compartir

Nombre: \_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Debido a una condición física, mental y/o emocional, ¿tiene dificultad grave para concentrarse, recordar o tomar decisiones (si tiene 15 años o más)?  Sí  No  No deseo compartir

**Fortaleza Económica Familiar** - Tenemos programas para ayudar a las personas a alcanzar metas financieras, como pagar una tarjeta de crédito, establecer un presupuesto y comprar una casa. También están vinculadas a las metas financieras las oportunidades de empleo - ambas juegan un papel en la estabilidad económica. La información que comparte puede sugerir su participación en uno o más de estos programas.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?

Nunca es verdad  A veces es verdad  A menudo cierto  No deseo compartir

¿En los últimos 12 meses, la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua amenazó con cortar los servicios en su hogar?

Sí  No  Ya están desconectados  No deseo compartir

¿Usted o su cónyuge/pareja quieren ayuda con la capacitación escolar/laboral (p. ej., completar el diploma de escuela secundaria, la credencial de la asociación de desarrollo infantil)?

Sí  No  No deseo compartir

**Apoyos Vecinales** - Los lugares y espacios en los que vive, trabaja y disfruta del tiempo con su familia y amigos constituyen los apoyos de su vecindario. Esto nos da un poco más de información sobre cómo se pueden individualizar sus servicios.

¿Vive en una reserva tribal reconocida por el gobierno federal en Texas?

Sí  No  No deseo compartir

¿Vive en una Colonia (un asentamiento no incorporado cerca de la frontera entre EE. UU. y México)?  Sí  No  No deseo compartir

¿Hay otros recursos en la comunidad que está utilizando? (p. Ej., YMCA/Banco de alimentos/ Biblioteca/Parques públicos):  Sí  No

En el último año, ¿ha visto o experimentado violencia en el lugar donde vive?

Nunca  Casi nunca  A veces  Con frecuencia  No deseo compartir

¿Está registrado/a para votar?  Sí  No  No deseo compartir

¿Quisiera información sobre como registrarse para votar?  Sí  No  No deseo compartir

**¿Podemos ayudarlo a conectarse con alguno de los siguientes recursos, programas y servicios?**

Alcoholismo	Comida/Nutrición	Ayuda Marital/Pareja	Necesidades Especiales
Cuidado de Niños/Infancia Temprana	Educación Secundaria & GED	Asesoramiento para Padre/Hijo	Abuso de Sustancias
Preparación para la Universidad	Asesoramiento para Duelo/Perdida	Ayuda para Paternidad	Transporte
Asistencia en el Divorcio/ Custodia Infantil	Seguro Médico	Necesidades de Cuidado Personal (Higiene, Ropa, etc.)	Servicios Públicos
Actividades de Enriquecimiento para Niños	Vivienda/Renta	Ayuda Personal/ Emocional	Asistencia a Víctimas/Víctima de un Crimen
Asuntos Familiares	Servicios de Atención para Adultos Mayores o Discapacitados en el Hogar	Solicitud para Beneficios Públicos	Desarrollo/Educación Juvenil
Violencia Familiar	Formación Profesional para el Trabajo	Lectura	
Administración del Dinero/Finanzas	Asuntos Legales	Abuso Sexual	

**¿Total de conexiones potenciales?** \_\_\_\_\_

**Notas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Encuesta de Experiencias Adversas durante la Infancia

### Adverse Childhood Experiences Survey (ACEs)

Antes de los 18 años:	Sí	No
1. ¿Alguna vez a pasado por un desastre natural?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Alguna vez te acosaron cuando eras niño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Perdió a un padre o cuidador cercano por muerte o divorcio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Un miembro del hogar fue a prisión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Alguna vez experimentó algún tipo de discriminación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Te sentiste abandonado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Sentiste que no eras amado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Alguien en su casa estaba mentalmente enfermo o intento suicidarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Alguna vez estuvo sin hogar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Alguien en su casa era alcohólico o drogadicto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Alguna vez presencié violencia en su comunidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Experimentó violencia doméstica en su hogar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Alguna vez presencié el abuso de un hermano o hermana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Alguna vez fuiste abusado emocionalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Alguna vez fuiste abusado físicamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Alguna vez fuiste abusado sexualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACEs Total (Cantidad de respuestas Sí): \_\_\_\_\_

### Corta Escala de Resiliencia Brief Resilience Scale (BRS)

Por favor responda a cada elemento marcando una casilla por fila.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Me cuesta superar los eventos estresantes	5 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
No me toma mucho tiempo recuperarme de un evento estresante	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Es difícil para mí recuperarme cuando sucede algo malo	5 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Normalmente paso por momentos difíciles sin problemas	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Tiendo a tomar mucho tiempo para superar los contratiempos en mi vida.	5 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

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

**Mi puntaje:**





## Continuación


### For Office Use Only

Sex Offender Status: Level 1  Level 2  Level 3

GEO Codes:

City Council District: 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

County Precinct: 0  1  2  3  4

Congressional Districts:

State Representative:

State Senate:

School District: