



"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
- ¿Con cuánta frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?**

Nunca Pocas veces Algunas veces Con frecuencia Siempre No deseo compartir
- ¿En los últimos 3 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, ir al trabajo o conseguir las cosas que necesita para la vida diaria?**

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

No Algunas veces Con frecuencia
- ¿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
- ¿Le gustaría recibir asesoría para mejorar su puntuación de crédito, tratar con colectores de deudas, mejorar las finanzas de su hogar o establecer sus metas financieras?**

Sí No ahora

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 problema pequeño.	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"/>

Staff Use Only:
Enrollment Date: _____ Survey Date: _____
Client ID: _____
Program: _____