



## Conociéndote

Family Service Universal Enrollment Tool

Herramienta Universal de Inscripción de Servicios Familiares

Este formulario de ingreso está diseñado para conocer al cliente y a su familia. La información compartida nos ayudará a conectar al cliente y su familia con recursos, servicios y programas beneficiosos. *Todo lo compartido en este formulario se mantiene estrictamente confidencial.* Por favor, ingrese la información del **cliente PRINCIPAL** que está recibiendo servicios. Si el cliente principal es menor de edad (menos de 18 años), ingrese la información del cuidador donde se indique. El Hogar se refiere al hogar donde vive el Cliente Principal.

Programa FS: \_\_\_\_\_ Ubicación FS: \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Información de la Cuenta del Cliente Principal

Saludo: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Dr. ☐ Prof.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ ☐ Prefiere no compartir

¿Qué motiva al Cliente a acudir a Family Service (FS)? \_\_\_\_\_

### Dirección del Cliente Principal

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Códigos GEO basados en la Dirección de Residencia del Cliente Principal

#### Distrito Escolar:

Distrito del Consejo ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

#### Municipal:

Distrito del Congreso: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24

☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38

Distrito del Condado: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Cenado Estatal: ☐ 19 ☐ 21 ☐ 25 ☐ 26

Representante Estatal: ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125

### Información de Contacto del Cliente Primario *(Si el cliente es menor de edad y/o no tiene teléfono, por favor incluya la información de contacto del cuidador)*

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de comunicación: ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico

### Información de Contacto de Emergencia del Cliente

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil del contacto: \_\_\_\_\_ Mejor manera de comunicarse: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### Educación del Cliente Primario

¿El cliente actualmente asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí": Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Grado/Nivel: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "No": ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

☐ 9º grado o menor ☐ Escuela Secundaria o Equivalente (GED) ☐ Algo de Universidad ☐ Capacitación Técnica o Comercial ☐ Título Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Otro grado avanzado

### Participación del Cliente Primario con Family Service

Fuente inicial por la que se enteró de Family Service: \_\_\_\_\_

En los últimos seis meses, ¿el cliente o su familia han participado en algún programa de Family Service? ☐ Sí ☐ No

Participación previa del cliente o sus familiares en Family Service:

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio recibido: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio recibido: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

### Información Demográfica

<b>Género del Cliente</b>			
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/>	
<b>Raza/Etnicidad del Cliente</b>			
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África
<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
<b>Origen Hispano, Latino o Español del Cliente</b>			
<input type="checkbox"/> Mexicano / Mexicoamericano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	
<input type="checkbox"/> Hispanic o Latino	<input type="checkbox"/> Not Hispanic o Latino	<input type="checkbox"/> Otro	
<b>Nivel de Dominio del Inglés del Cliente</b>			
<input type="checkbox"/> Muy Bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> No muy bien	<input type="checkbox"/> Nada
<b>¿El cliente o su familia hablan en casa un idioma distinto al inglés?</b>		<b>Idiomas hablados en el hogar</b>	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
<b>Descripción de la Unidad Familiar</b>			
<input type="checkbox"/> Madre o padre soltero – Mujer	<input type="checkbox"/> Madre o padre soltero – Hombre	<input type="checkbox"/> Dos padres	
<input type="checkbox"/> Sin hijos	<input type="checkbox"/> Cuidador (ejemplo: abuelo/a, padre/madre de crianza, etc.)		
<b>Estado Civil del Cliente</b> <i>(Si el cliente es menor de edad, seleccione "N/A")</i>			
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> N/A	
<b>Estatus Militar o de Veterano</b>			
<b>¿El cliente está en servicio activo o es veterano?</b> <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin relación con el ejército		Rama de servicio: _____	
<b>Nivel de Pobreza del Hogar</b>			
<input type="checkbox"/> Menor 100%		<input type="checkbox"/> Mayor al 100%	
<input type="checkbox"/> Mayor al 150%		<input type="checkbox"/> Mayor al 250%	

## LISTA DEL HOGAR

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento	Género (H/M)	Raza/ Etnicidad	Escuela	Grado Escolar

## ENCUESTA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

**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 vinculadas a las metas financieras están las oportunidades de empleo; ambas juegan un papel en la estabilidad económica. Con base en la información compartida, podemos recomendar la participación en uno o más de estos programas. Si el cliente es menor de edad, hay ciertas preguntas en esta sección que deben completarse desde la perspectiva de su cuidador adulto; para esas preguntas, responda por el cuidador donde vea “cliente/cuidador.”

¿Cuál es la situación laboral del cliente? **Si el cliente es menor de edad, seleccione “N/A”**

☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Empleo ocasional ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ N/A

¿Cuál es la situación de vivienda del cliente hoy en día?

☐ Tiene un lugar estable donde vivir ☐ No tiene un lugar estable donde quedarse (temporalmente con otros, en un hotel, etc.) ☐ Tiene un lugar donde vivir hoy, pero le preocupa perderlo en el futuro ☐ Prefiere no compartir

Específicamente, ¿cuál es la situación de vivienda del cliente?

☐ Propia ☐ Renta ☐ Vivienda pública ☐ Vivienda compartida con familia/amigos ☐ Temporal (refugio, “sofá prestado”) ☐ Personas sin hogar viviendo en la calle ☐ Prefiere no compartir

¿Cómo se traslada el cliente y su familia a donde necesitan ir? *Si usan transporte público, por favor indique el número de transbordos.*

☐ Vehículo propio ☐ Transporte público (autobús) # de transbordos: \_\_\_\_\_ ☐ Otro: \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el cliente/cuidador se preocupó de quedarse sin comida?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre ☐ Prefiere no compartir

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

☐ Sí ☐ No ☐ Ya los cortaron ☐ Prefiere no compartir

Conocer los ingresos del hogar nos ayudará a determinar los posibles servicios para los que el cliente puede ser elegible.

¿Cuál es el ingreso actual del hogar del cliente? \$ \_\_\_\_\_

¿En cuál de los siguientes programas participa actualmente el cliente/cuidador?				
<input type="checkbox"/> SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/> TANF - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas en Texas	<input type="checkbox"/> CHIP - Programa de Seguro Médico para Niños	<input type="checkbox"/> IC - Mujeres, Infantes y Niños	<input type="checkbox"/> Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Servicios de Head Start	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Asequible (Healthcare.gov)	<input type="checkbox"/> CCA - Asistencia de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Ninguno de estos <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir

**Educación** – A través de esta sección esperamos conocer las experiencias educativas del cliente para ayudar a identificar los próximos pasos para el cliente o su familia.

Si el cliente y/o algún miembro de su familia tiene un retraso en el desarrollo, una discapacidad que afecte la educación (por ejemplo, atención, dificultades de aprendizaje, etc.), y/o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP), y/o un Plan de Educación Individualizado (IEP), por favor cuéntenos más.

☐ No aplica ☐ Prefiere no compartir

Nombre	Descripción de la discapacidad

**Salud y Atención Médica** – Comprender el estado de salud y bienestar del cliente nos ayudará a entender mejor su situación. La salud y el bienestar son la base a partir de la cual crecen las experiencias positivas. Si el cliente es menor de edad, hay ciertas preguntas en esta sección que deben completarse sobre el cuidador adulto; para estas preguntas, responda por el cuidador donde vea “cliente/cuidador.”

¿El cliente tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿A dónde acude el cliente para sus necesidades/cuidados médicos? \_\_\_\_\_

¿El cliente o algún miembro de su familia tiene alergias que pongan en riesgo su vida? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre y la(s) alergia(s): \_\_\_\_\_

¿El cliente es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso con lentes? ☐ Sí ☐ No

¿El cliente es sordo o tiene serias dificultades para oír? ☐ Sí ☐ No

¿Hay otras preocupaciones de salud que debemos conocer para la participación del cliente o de su familia?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia siente el cliente el tipo de estrés que lo hace sentirse tenso, inquieto, ansioso o incapaz de dormir porque su mente está preocupada (si tiene 15 años o más)?

☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre ☐ Menor de 15

Debido a una condición física, mental y/o emocional, ¿tiene el cliente serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones (si tiene 15 años o más)?

☐ Sí ☐ No ☐ Menor de 15

¿Cómo cuida el cliente de su salud? \_\_\_\_\_

¿El cliente necesita ayuda para comunicar sus preocupaciones a su médico? ☐ Sí ☐ No

¿El cliente y los miembros de su familia se han puesto la vacuna contra la gripe esta temporada (octubre – marzo)?

☐ Sí ☐ No

Si el cliente es madre o padre, ¿qué edad tenían cuando nació su primer hijo? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ ☐ N/A

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

¿El cliente/cuidador usa productos de tabaco/vapeo? ☐ Sí ☐ No

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

☐ No ☐ Abuso de sustancias ☐ Alcoholismo ☐ Ambos

**Compromiso Social y Comunitario** – A medida que conocemos más sobre el cliente, es importante saber acerca de su vida social y sus sistemas de apoyo. Esto nos ayudará a entender mejor las conexiones que ya tienen establecidas, así como aquellas que podrían ser útiles en el futuro. Si el cliente es menor de edad, hay ciertas preguntas en esta sección que deben completarse sobre el cuidador adulto; para estas preguntas, responda por el cuidador donde vea “cliente/cuidador.”

**¿El cliente tiene acceso a internet en su hogar?** ☐ Sí ☐ No ☐ Algunas veces

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la falta de transporte confiable impidió al cliente/cuidador asistir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

¿El cliente está registrado para votar? **Si el cliente es menor de edad, seleccione “N/A.”**

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿El cliente/cuidador quisiera información sobre cómo registrarse para votar? ☐ Sí ☐ No

Si el cliente/cuidador tiene teléfono, ¿su número cambia con frecuencia? ☐ Sí ☐ No

¿El cliente/cuidador estaría dispuesto a mantenernos informados sobre el estado de su teléfono? ☐ Sí ☐ No

¿El cliente necesita ayuda con actividades diarias como bañarse, preparar comidas, etc.?

☐ No necesita ayuda ☐ Recibe toda la ayuda que necesita ☐ Podría usar un poco más de ayuda ☐ Necesita mucha más ayuda

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el cliente se sintió solo o aislado de las personas a su alrededor (si tiene 15 años o más)? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre ☐ Menor de 15

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

¿El cliente tiene familiares que estén en servicio activo o sean veteranos? ☐ Sí ☐ No

Por favor anote a continuación si el cónyuge del cliente, sus padres o sus hijos están/estuvieron en el servicio militar:

Nombre	Relacion contigo	Servicio Activo o Veterano	Rama de Servicio

En el último año, ¿el cliente ha trabajado como trabajador agrícola migrante o de temporada? **Si el cliente es menor de edad, seleccione "N/A."** ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿El cliente/cuidador es refugiado? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiere no compartir

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el país de origen? \_\_\_\_\_

¿El cliente/cuidador quisiera recursos designados para refugiados, trabajadores agrícolas migrantes o militares/veteranos? ☐ Sí ☐ No

**Apoyos en el Vecindario** – Los lugares y espacios en los que usted vive, trabaja y disfruta tiempo con su familia y amigos forman parte de sus apoyos en el vecindario. Esto nos da un poco más de información sobre cómo sus servicios pueden individualizarse. Si el cliente es menor de edad, hay ciertas preguntas en esta sección que deben completarse sobre el cuidador adulto; para estas preguntas, responda por el cuidador donde vea "cliente/cuidador."

¿El cliente vive en una reservación tribal reconocida a nivel federal en Texas? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiere no compartir

¿El cliente vive en una Colonia (un asentamiento no incorporado cerca de la frontera EE. UU./México)?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiere no compartir

¿Hay otros recursos en la comunidad a los que el cliente/cuidador tenga acceso? (por ejemplo: YMCA / Banco de Alimentos / Biblioteca / Parques Públicos) ☐ Sí ☐ No

En el último año, ¿con qué frecuencia el cliente/cuidador ha visto o experimentado violencia en el lugar donde vive el cliente? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

De acuerdo con el protocolo de nuestra agencia, es obligatorio preguntar: ¿El cliente/cuidador es un delincuente sexual registrado? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos ayudar a conectar al cliente/cuidador con recursos/servicios para cualquiera de los siguientes temas o problemas?

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Alimentos/Nutrición	<input type="checkbox"/> Ayuda matrimonial / de pareja	<input type="checkbox"/> Necesidades especiales
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil / Primera infancia	<input type="checkbox"/> GED y HSE	<input type="checkbox"/> Consejería padre-hijo	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Preparación universitaria	<input type="checkbox"/> Consejería por duelo/pérdida	<input type="checkbox"/> Apoyo en la crianza	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Asistencia por divorcio o custodia de hijos	<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Necesidades de cuidado personal (higiene, ropa, etc.)	<input type="checkbox"/> Servicios públicos (agua, luz, gas)
<input type="checkbox"/> Actividades de enriquecimiento para niños	<input type="checkbox"/> Vivienda/Renta	<input type="checkbox"/> Apoyo personal/emocional	<input type="checkbox"/> Asistencia a víctimas / Víctima de un crimen
<input type="checkbox"/> Problemas familiares	<input type="checkbox"/> Cuidado domiciliario de adultos mayores o adultos discapacitados	<input type="checkbox"/> Solicitud de beneficios públicos	<input type="checkbox"/> Desarrollo/Educación juvenil
<input type="checkbox"/> Violencia familiar	<input type="checkbox"/> Capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Encontrar/Mantener empleo
<input type="checkbox"/> Manejo financiero/de dinero	<input type="checkbox"/> Asuntos legales	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	

Notas/Pagina de Continuacion:


**Para Clientes Primarios Menores de 18 años:**  
**Encuesta de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs)**

Antes de cumplir 18 años...	Si	No
1. ¿Alguna vez viviste un desastre importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez fuiste víctima de acoso escolar durante tu infancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Perdiste a algún padre, madre o cuidador cercano por fallecimiento o divorcio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Algún miembro de tu familia fue a prisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez sufriste algún tipo de discriminación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te sentiste desatendido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Sentiste que no eras amado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Hubo alguna persona en tu hogar con una enfermedad mental o que intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez estuviste sin hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Hubo alguna persona en tu hogar con problemas de alcoholismo o drogadicción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez presenciaste violencia en tu comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sufriste violencia doméstica en tu hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez presenciaste cómo maltrataban a un hermano o hermana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez sufriste abuso emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez sufriste abuso físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez sufriste abuso sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Para Clientes Primarios Menores de 18 años:**  
**Encuesta de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs)**

En tu vida hasta ahora...	Si	No
1.- ¿Alguna vez has vivido con un padre/cuidador que fue a la cárcel/prisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.-¿Alguna vez te has sentido sin apoyo, no amado(a) o desprotegido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.-¿Alguna vez has vivido con un padre/cuidador que tenía problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.-¿Alguna vez un padre/cuidador te ha insultado, humillado o menospreciado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.-¿Algún cuidador ha tenido problemas con exceso de alcohol, drogas callejeras o medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.-¿Alguna vez te ha faltado el cuidado adecuado por parte de algún cuidador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.-¿Algún adulto en el hogar te ha empujado, agarrado, abofeteado o lanzado algo con frecuencia o muy frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.-¿Alguna vez has experimentado abuso sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.-¿Ha habido cambios significativos en el estado de relación de tu(s) cuidador(es)? Ejemplo: un padre se divorció o un cuidador se mudó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.-¿Alguna vez has visto, escuchado o sido víctima de violencia en tu vecindario, comunidad o escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.-¿Has experimentado discriminación? Ejemplo: excluido(a) por tu raza, etnia, género, orientación sexual, discapacidad, religión u otra identidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.-¿Alguna vez has tenido problemas de vivienda? Ejemplo: no tener un lugar estable donde vivir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.-¿Alguna vez has sido separado(a) de tu padre/cuidador debido a cuidado de crianza o inmigración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.-¿Alguna vez has vivido con un padre/cuidador que tenía una enfermedad física grave o discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.-¿Alguna vez has vivido con un padre/cuidador que murió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.-¿Alguna vez has sido detenido(a), arrestado(a) o encarcelado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Brief Resilience Scale (BRS)

This should be answered from the perspective of the client, including minors and adults.

Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tiendo a tardar mucho en superar los reveses en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me resulta difícil sobrellevar eventos estresantes	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
No me toma mucho tiempo recuperarme de un evento estresante.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Me cuesta mucho reponerme cuando sucede algo malo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Usualmente supero los tiempos difíciles con pocos problemas.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5