

**Evaluación de las Necesidades de la Familia y del Niño**

Fecha: \_\_\_\_\_ Trabajadora Social: \_\_\_\_\_ # de I.D. de Familia \_\_\_\_\_

Padre(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: De casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Necesita cuidado [ ] sí [ ] no de niños?

Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Necesita cuidado [ ] sí [ ] no de niños?

Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Necesita cuidado [ ] sí [ ] no de niños?

Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Necesita cuidado [ ] sí [ ] no de niños?

1. Los adultos que viven en su hogar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Idioma principal: Español \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

3. ¿Comparte usted la custodia de su hijo/a o tiene arreglos de visitas? \_\_\_\_\_ Si contestó sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Es esta la primera experiencia de su hijo/a con el cuidado de niños? \_\_\_\_\_ ¿Nombre del último centro o proveedor de cuidado? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue su última experiencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Está trabajando su hijo/a o algún miembro de su familia con otras agencias o servicios de apoyo (CPS, AID, NBRC, Teen Parent Connection, SAY, etc.)?

\_\_\_\_\_

6. ¿Tiene usted preocupación por su hijo/a en alguna de las áreas siguientes?

Niño/a \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ [ ] hombre [ ] mujer

SÍ	NO		SÍ	NO	
[ ]	[ ]	Problemas auditivos	[ ]	[ ]	Desarrollo cognoscitivo/del aprendizaje
[ ]	[ ]	Mala vista	[ ]	[ ]	Desarrollo emocional/de conducta
[ ]	[ ]	Impedimento del habla	[ ]	[ ]	Desarrollo social
[ ]	[ ]	Habilidades motoras	[ ]	[ ]	Desarrollo físico

Si contesta que sí, ¿se ha puesto usted en contacto con el doctor o una clínica? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro médico para su(s) hijo(s)? \_\_\_\_\_

¿Se ha puesto usted en contacto con el distrito de escuela pública con respecto a estas preocupaciones? \_\_\_\_\_

Si contestó sí, ¿está usted recibiendo servicios? \_\_\_\_\_

Descripción de sus preocupaciones:

---

---

---

---

---

7. ¿Le gustaría recibir información o referencias para usted, su familia, o su(s) hijo(s)?

Por favor díganos para quién son los recursos: \_\_\_\_\_

SÍ	NO	SÍ	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda económica	<input type="checkbox"/>	Servicios legal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda con la comida	<input type="checkbox"/>	Servicios de orientación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de viviendas	<input type="checkbox"/>	Información sobre la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nutrición	<input type="checkbox"/>	Actividades recreativos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de Salud	<input type="checkbox"/>	Formación profesional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidades Especiales	<input type="checkbox"/>	Adolescentes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad	<input type="checkbox"/>	Línea de ayuda en casos de crisis	<input type="checkbox"/>

Por favor apunte sus necesidades específicas para la ayuda legal (por ejemplo el divorcio, dueño/inquilino, Educación Especial, etc.); para los servicios de orientación (sí son para la familia, un(a) niño(a), el comportamiento, el abuso, etc.); y para información específica sobre la crianza de los hijos (sí le interesa clases, investigaciones sobre el desarrollo de niños, etc.).

---

---

---

---

---

¿Tiene usted otras preocupaciones o necesidades de recursos? \_\_\_\_\_

El mejor tiempo para ponernos en contacto con usted: En casa: \_\_\_\_\_ En el trabajo: \_\_\_\_\_

Otros comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

