

ID# del Participante: _____

Fecha: _____

Primera y última inicial y fecha de nacimiento (Ejemplo: bj07051986)

ID de la Agencia: _____

Comunidad CWB: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Parte 1. Por favor *encierra en círculo* el número que describa cuán a menudo estas afirmaciones son verdaderas para ti o para tu familia. Los números representan una escala de 1 a 7 en la que cada uno de los números representa una cantidad de tiempo distinta. El número 4 significa que la afirmación es verdadera más o menos la mitad del tiempo.

| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | A Veces | Muchas Veces | Casi Siempre | Siempre |
|---|-------|------------|-------------|---------|--------------|--------------|---------|
| 1. En mi familia, hablamos acerca de los problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Cuando discutimos, mi familia escucha ambas partes de la historia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Mi familia se apoya en momentos de estrés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Mi familia soluciona todos nuestros problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Cuando me siento solo/a, tengo a varias personas con las que puedo hablar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Yo sé a dónde ir si mi familia llegara a necesitar comida o alojamiento provisional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Yo sé a dónde (o con quién) ir para conseguir ayuda si tuviera dificultades financieras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Si existe una crisis, tengo personas con quienes contar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Yo sé a dónde ir para recibir ayuda si necesito conseguir un trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Me siento segura/o en mi papel como madre/padre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Sé cómo ayudarle a mi hijo/a a aprender. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Mi niño/a se porta mal sólo para hacerme enojar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | A Veces | Muchas Veces | Casi Siempre | Siempre |
|--|-------|------------|-------------|---------|--------------|--------------|---------|
| 15. Yo elogio a mi niño/a cuando se porta bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Cuando disciplino a mi niño/a pierdo el control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Soy feliz cuando estoy con mi niño/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Mi niño/a y yo somos muy unidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Puedo tranquilizar a mi niño/a cuando está enojado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Yo paso tiempo con mi niño/a haciendo lo que le gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Género: Masculino Femenino

¿Quién complete esta encuesta?

- Padre/Madre Padre adoptivo
 Abuelo/Abuela Otro pariente Otro _____

Raza/Etnicidad (por favor escoja la respuesta que mejor describe com ousted se identifica):

- Multi-Racial Blanco (non-Hispanic)
 Nativo Americano or Nativo de Alaska Africano Americano
 Hispano o Latino Otro _____

Usted o su hijo recibe alguno de los recursos siguientes:

- Medicaid Titulo XX Almuerzo gratis y reduccido

| Doy permiso a _____ <div style="text-align: center;">(Nombre del proyecto)</div> | | | |
|--|-------|---------|-------|
| Para compartir esta encuesta y los resultados del Protective Factor Survey con Nebraska Children y sus evaluadores contractados como parte de la evaluación de este programa fundado en parte por Nebraska Children. | | | |
| | Fecha | Testigo | Fecha |
| | | | |

