

Por favor díganos algo sobre usted. Encierre o escriba la respuesta que mejor refleje su situación actual.

1. ¿Es usted hombre o mujer? (marque uno) HOMBRE o MUJER
2. ¿Cuántos años tiene? _____ Años de edad (escribir)
3. ¿Se habla otro idioma aparte de inglés en su casa? (marque uno) SÍ NO
4. ¿Cómo se describe usted? (**Seleccione una o más respuestas.**)
 - Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro Americano
 - Tribu(s)/Pueblo(s): _____ Nativo de Hawai u Otro de las Islas del Pacífico
 - Hispano o Latino (Tal como Asiático
 - Mexicano, Chicano, Mexicano- Otro: _____
 - Americano, Hispano, Español)
 - Otro Hispano o Latino: _____
 - Blanco/Anglo
5. ¿Qué edad tiene su hijo(a) que está en el programa?
 Edad del hijo(a) _____ años _____ meses
 Estoy embarazada ahorita
6. ¿Está usted en la escuela? SÍ, estoy en la escuela secundaria (high school)
 ¿Qué año? _____ (Escribir)
 SÍ, estoy asistiendo la universidad o la escuela técnica
 ¿Qué año? _____ (Escribir)
 NO ¿Cuál es el grado más alto que ha completado?
 Grado: ____ (Escribir)
7. ¿Está usted planeando continuar con su educación?
 SÍ NO NO SÉ N/A (No Aplicable)
8. ¿Está usted planeando graduarse de la escuela preparatoria o recibir su GED?
 SÍ NO NO SÉ N/A (No Aplicable)
9. ¿Está usted trabajando? SÍ, estoy trabajando tiempo completo (35 horas o más por semana)
 SÍ, estoy trabajando medio tiempo (menos de 35 horas por semana)
 NO, no estoy trabajando
10. ¿Está usted recibiendo Medicaid? (marque uno) SÍ NO
11. ¿Está su hijo recibiendo Medicaid? (marque uno) SÍ NO

Respondent ID:

Las siguientes oraciones se relacionan con asuntos sobre usted, su familia y su comunidad. Su familia se refiere a la gente con la que vive y de la que usted depende. Para cada oración, encierre el número que correctamente describa su punto de vista. Seleccione la respuesta que usted realmente crea que sea la verdad en lugar de aquellas que usted desearía que fueran la verdad.

	Totalmente en Desacuerdo	No de Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Aplicable
A1. Yo trabajo duro para asegurar que mi hijo/a y yo nos alimentemos con comidas saludables.	0	1	2	3	NA
A2. Yo tomo tiempo todos los días para jugar y pasar tiempo con mis hijos(as).	0	1	2	3	NA
A3. Me aseguro de que nadie fume en mi casa.	0	1	2	3	NA
A4. Me aseguro de que nadie fume en mi carro.	0	1	2	3	NA
A5. Mi familia tiene un médico(s) particular.	0	1	2	3	NA
A6. Puedo obtener ayuda de emergencia de amigos y vecinos si lo necesito.	0	1	2	3	NA
A7. Puedo obtener ayuda de emergencia del departamento de bomberos, departamento de policía, y/o del hospital si lo necesito.	0	1	2	3	NA
A8. Participo en actividades para superar mi educación tal como ir a la escuela, tomar clases, estudiar para el GED, o solicitar para entrar a la escuela.	0	1	2	3	NA
A9. Si yo o un amigo quisiéramos dejar de fumar, sé dónde buscar ayuda.	0	1	2	3	NA
A10. Si necesitara alguien que cuidara a mi bebe, sabría cómo encontrar personas adecuadas para el cuidado de niños en mi comunidad.	0	1	2	3	NA
A11. Si lo necesitara, yo sabría como inscribir a mí hijo para cuidados médicos gratis o de bajo costo.	0	1	2	3	NA

Respondent ID:

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas de la manera en que su familia interactúa unos con otros. Su familia se refiere a la gente con la que vive y de la que usted depende. Por favor indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes oraciones y encierre su respuesta.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Aplicable
A12. En mi familia, regularmente planeamos actividades de familia	0	1	2	3	NA
A13. En mi familia, en momentos de crisis podemos buscar el apoyo del uno a otro.	0	1	2	3	NA
A14. En mi familia, podemos hablar uno con el otro cuando nos sentimos tristes.	0	1	2	3	NA
A15. En mi familia, los individuos son aceptados por quienes son.	0	1	2	3	NA
A16. En mi familia, evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones.	0	1	2	3	NA
A17. En mi familia, podemos expresar nuestros sentimientos de uno al otro.	0	1	2	3	NA
A18. Hay muchos malos sentimientos entre la familia.	0	1	2	3	NA
A19. Tomar decisiones es un problema para nuestra familia.	0	1	2	3	NA
A20. En mi familia trabajamos juntos para resolver los problemas.	0	1	2	3	NA
A21. En mi familia, nos llevamos bien.	0	1	2	3	NA

Respondent ID:

Ahora nos gustaría preguntarle acerca del apoyo que recibe de otros. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados?

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Aplicable
A22. Yo recibo amor y afecto de otros en mi vida.	0	1	2	3	NA
A23. Yo tengo oportunidades de hablar con alguien de confianza acerca de mis problemas personales y de la familia si lo necesito.	0	1	2	3	NA
A24. Yo tengo invitaciones para salir y hacer cosas con otras personas.	0	1	2	3	NA
A25. Yo tengo personas en mi vida a quienes les preocupa lo que me pasa.	0	1	2	3	NA
A26. Tengo oportunidades de hablar de asuntos de dinero si lo necesito.	0	1	2	3	NA
A27. Yo tengo a alguien que da buenos consejos acerca de cosas importantes en la vida.	0	1	2	3	NA
A28. Yo tengo a alguien quien me puede ayudar cuando necesito transporte.	0	1	2	3	NA
A29. Yo tengo a alguien que me puede ayudar cuando estoy enfermo y en la cama.	0	1	2	3	NA
A30. Yo tengo a alguien quien me puede ayudar a cocinar y con el trabajo de la casa si lo necesito.	0	1	2	3	NA
A31. Yo tengo a alguien que me puede ayudar a cuidar a mis hijos/as si lo necesito.	0	1	2	3	NA

El siguiente grupo es sobre preguntas acerca de su reciente uso de sustancias tal como cafeína, tabaco, alcohol, y medicinas recetadas.

Durante los últimos 30 días, cuántos días ha usado lo siguiente:	Número de días (0-30)
A32. Algo de Cafeína (soda, otras bebidas, café, etc.)	_____
A33. Algo de cigarrillos o productos de tabaco	_____
A34. Algo de alcohol (cerveza, vino, licor, etc)	_____
A35. Alcohol hasta la intoxicación	_____
A36. 4 o más bebidas en una sola vez	_____
A37. Medicinas recetadas <i>no recetadas para usted</i>	_____

Durante los últimos 30 días cuantos días ha usado lo siguiente <i>no recetado para usted:</i>	Número de días
A38. ¿Pastillas para el dolor recetadas tal como Oxycodone/Oxycontin, Morfina, Vicodin, o Metadona, <i>no recetadas para usted?</i>	_____
A39. ¿Medicina recetada tal como Ritalin, Adderal, Prozac, Lexapro <i>no recetada para usted?</i>	_____
A40. ¿Medicina para dormir o tranquilizantes tal como Ambien, Lunesta, Valuim o Xanax <i>no recetadas para usted?</i>	_____

Gracias. Ha completado usted el Modulo A.