

TRIPLE P CABARRUS
FAMILY BACKGROUND QUESTIONNAIRE
Cuestionario de Antecedentes de la Familia

Provider Name: _____

Triple P Level AND Type (ex. Level 3 Teen): _____

Este cuestionario recolecta información sobre su familia. Por favor lea y responda cada pregunta. Toda la información proporcionada será tratada con una estricta confidencialidad y es solamente para el uso de evaluación de Triple P Cabarrus.

FECHA DE HOY (mes/día/año): _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/ADULTO

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

#	Calle	Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
---	-------	-------	--------	--------	---------------

TELÉFONO: _____
 (# Casa) _____ (# Celular) _____ (# trabajo) _____

SEXO: Masculino Femenino

RAZA/ETNICIDAD: Indígena Americano/Nativo de Alaska
(Circule todos que aplican) Asiático
Negro/Áfrico Americano
Hispano/Latino
Nativo de Hawái/Otros islas del pacifico
Blanco
Otra raza

ESTADO CIVIL ACTUAL: Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Nunca Casado(a)
(Circule el que aplica)

SU RELACIÓN AL NIÑO PRINCIPAL: _____
(Relación al niño principal por la cual está buscando servicios de Triple P)

HIJOS:

[illegible]

FAMILY BACKGROUND QUESTIONNAIRE

PAGE 2

INFORMACIÓN DEL NIÑO PRINCIPAL:

Niño principal por la cual está buscando servicios de Triple P

NOMBRE DEL NIÑO: _____

¿CON QUIEN VIVE EL NIÑO? _____

DOMICILIO DEL NIÑO: (solo si es diferente del suyo)

#	Calle	Aptdo.	Ciudad	Estado	Código Postal
---	-------	--------	--------	--------	---------------

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: ____/____/____ **EDAD DEL NIÑO:** ____
(Mes) (Día) (Año)

SEXO DEL NIÑO: Masculino Femenino

RAZA/ETNICIDAD DEL NIÑO: Indígena Americano/Nativo de Alaska
(Circule todos que aplican) Asiático
Negro/Áfrico Americano
Hispano/Latino
Nativo de Hawái/Otros islas del pacifico
Blanco
Otra raza

SALUD DEL NIÑO:

¿Experimenta su hijo cualquiera de los siguientes?

Una disminución visual o auditiva:	SÍ	NO
Una enfermedad crónica que resulta en una hospitalización regular:	SÍ	NO
Una discapacidad física:	SÍ	NO
Una discapacidad intelectual:	SÍ	NO
Un retraso en el desarrollo:	SÍ	NO
Una dieta restrictiva/terapéutica prescrita por un profesional:	SÍ	NO

¿Cuáles son sus preocupaciones principales sobre el comportamiento de su hijo?

Return to Triple P Cabarrus:
Cabarrus Health Alliance
300 Mooresville Rd. Kannapolis, NC 28081