

QM:

Fam ID: U X

Resp: Father Mother 2nd Male Parent 2nd Female Parent

Date / /

Wave: ● 7

Int ID:

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a distintos servicios, o fuentes de apoyo, que su hijo/a pudo haber recibido cuando estaba creciendo. Favor de contestar lo mejor que pueda.

¿Ha recibido su hijo/a:

1. Educación especial para el aprendizaje? No Sí *(Si no, pase al #2)*

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

10 años o menor	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años o mayor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ¿Por cuánto tiempo?

0-seis meses	De seis meses a un años	Entre un año y dos años	De dos a cuatro años	De cuatro a siete años	Más de siete años
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Educación especial para el comportamiento o apoyo emocional? No Sí *(Si no, pase al #3)*

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

10 años o menor	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años o mayor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ¿Por cuánto tiempo?

0-seis meses	De seis meses a un años	Entre un año y dos años	De dos a cuatro años	De cuatro a siete años	Más de siete años
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Servicios de salud mental o de consejería? No Sí *(Si no, pase al #4)*

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

10 años o menor	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años o mayor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ¿Por cuánto tiempo?

0-seis meses	De seis meses a un años	Entre un año y dos años	De dos a cuatro años	De cuatro a siete años	Más de siete años
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

Una vez	2 a 5 veces	6 a 10 veces	11 a 20 veces	21 a 50 veces	Más de 50 veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Fam ID: U X Resp: Father Mother 2nd Male Parent 2nd Female Parent

D. ¿Cuál fue el problema o diagnóstico? _____

E. ¿Fue puesto él/ella en algún medicamento? No Sí
 Si respondió que sí, ¿cuál(es) medicamento(s)? _____

¿Ha recibido su hijo/a:

4. Tratamiento para drogas sin ser internado? No Sí (Si no, pase al #5)

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuánto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Tratamiento para drogas donde estuvo internado? No Sí (Si no, pase al #6)

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuánto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Fam ID: U X Resp: Father Mother 2nd Male Parent 2nd Female Parent

¿Ha recibido su hijo/a:

6. Cuidado terapéutico con unos padres de crianza? No Sí (Si no, pase al #7)

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuánto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Tratamiento para la salud mental o problemas de comportamiento, sin ser internado? No Sí (Si no, pase al #8)

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuanto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

D. ¿Cuál fue el problema o diagnóstico? _____

E. ¿Fue puesto él/ella en algún medicamento? No Sí

Si respondió que sí, ¿cuál(es) medicamento(s)? _____



Fam ID: U X Resp: Father Mother 2nd Male Parent 2nd Female Parent

¿Ha recibido su hijo/a:

8. Tratamiento residencial para la salud mental o problemas de comportamiento, es decir, tratamiento donde estuvo internado? No Sí (Si no, pase al #9)

A. Si respondió que sí, ¿a qué edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuánto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

D. ¿Cuál fue el problema o diagnóstico? _____

E. ¿Fue puesto él/ella en algún medicamento? No Sí

Si respondió que sí, ¿cuál(es) medicamento(s)? _____

9. Hospitalización a causa de un problema de salud mental? No Sí (pase la pregunta)

A. Si respondió que sí, ¿a que edades? Por favor marque todas las edades que apliquen:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 años
o menor | 11 años | 12 años | 13 años | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ¿Por cuánto tiempo?

- | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 0-seis
meses | De seis
meses a un
años | Entre un
año y dos
años | De dos a
cuatro años | De cuatro a
siete años | Más de
siete años |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. ¿En total, cuántas veces recibió su hijo/a estos servicios?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Una vez | 2 a 5
veces | 6 a 10
veces | 11 a 20
veces | 21 a 50
veces | Más de
50 veces |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

D. ¿Cuál fue el problema o diagnóstico? _____

E. ¿Fue puesto él/ella en algún medicamento? No Sí

Si respondió que sí, ¿cuál(es) medicamento(s)? _____

