Draft

Family Well-Being Survey

We are dedicated to providing the best possible care for your child. Your well-being is very important to us, and for your child. Please take a few minutes to answer the following questions about yourself, and your family. It will help us know more about you, and what is important to you.

There are no right or wrong answers!

Please fill in circles like this: ●

Label Here

MRN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Today's date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Site: ☐ Bell ☐ CCE ☐ CLB ☐ HAM ☐ IES ☐ MSC ☐ SMTF ☐ WST ☐ VPC

Doctor's initials: _____ ☐ L ☐ M ☐ H

	No days	1-2 days	3-4 days	5-6 days	Everyday
1. How many days during a typical week do you or other family members read stories or look at picture books with your child?	○	○	○	○	○

These questions are about you, and how you are doing.

	Most of the time	Sometimes	Rarely	Never
2. When I apply myself to something, I am confident I will succeed.	○	○	○	○
3. I am able to comfort my child when he/she is upset.	○	○	○	○
4. I love to cuddle my child.	○	○	○	○
5. I enjoy playing with my child.	○	○	○	○
6. My child irritates me.	○	○	○	○

	Very often	Fairly often	Sometimes	Almost never	Never
7. In the **last month**, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them?	○	○	○	○	○

	Nearly every day	More than half the time	Several days	Not at all
8. Over the **last 2 weeks**, how often have you had little interest or pleasure in doing things?	○	○	○	○
9. Over the **last 2 weeks**, how often have you felt down, depressed or hopeless?	○	○	○	○
10. In the **past 7 days**, I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.	○	○	○	○

	No, not at all	Hardly ever	Yes, sometimes	Yes, very often
11. In the **past 7 days**, I have been anxious or worried for no good reason.	○	○	○	○

	Yes, quite a lot	Yes, sometimes	No, not much	No, not at all
12. In the **past 7 days**, I have felt scared or panicky for no very good reason.	○	○	○	○

Draft

People sometimes look to others for companionship, assistance, or other types of support. How often is this kind of support available to you if you need it?

	All of the time	Most of the time	Some of the time	Almost never	Never
13. Someone to confide in or talk to about yourself or your problems.	○	○	○	○	○

	5 or more	3 or 4	1 or 2	None
14. How many people can you depend on when you need help?	○	○	○	○

Please tell us about your family.

	Often true	Sometimes true	Never true
15. Thinking about your family **in the last year**, how true was the statement: "The food that we bought just didn't last, and we didn't have money to get more."	○	○	○

	Yes	No
16. **In the last year**, have you moved in with other people or moved to less expensive housing because of money problems?	○	○

	Yes	No	Does not apply to me
17. Do you think that the use of drugs or alcohol by anyone in your household may be having a negative effect on your child(ren)?	○	○	○

Is anything going on in your life that is worrying you, or affecting you or your family, that you would like us to address?

What are your dreams for your child?

Thank you! It is our pleasure to take care of you and your child.

Draft

Encuesta sobre el bienestar de la familia

Label Here

MRN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Today's date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Site: ☐ Bell ☐ CCE ☐ CLB ☐ HAM ☐ IES ☐ MSC ☐ SMTF ☐ WST ☐ VPC

Doctor's initials: _____ ☐ L ☐ M ☐ H

Estamos dedicados a ofrecerle la mejor atención posible a su hijo/a. Su bienestar es muy importante para nosotros y para su hijo/a. Por favor invierta unos minutos en contestar las siguientes preguntas sobre usted y su familia. Nos ayudará a conocerla/o mejor y a saber lo que es importante para usted.

Ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

Por favor marque los círculos en la siguiente manera: ●

	Ningún día	1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos los días
1. ¿Durante la semana cuantos días típicos le leen cuentos a su hijo/a usted o un miembro de su familia o miran libros ilustrados juntos?	○	○	○	○	○

Estas preguntas son sobre usted y sobre cómo le va.

	La mayoría del tiempo	A veces	Rara vez	Nunca
2. Cuando me dedico a hacer algo, tengo la confianza que voy a tener éxito.	○	○	○	○
3. Soy capaz de consolar a mi hijo/a cuando está molesto.	○	○	○	○
4. Me encanta abrazar y mostrar cariño a mi hijo/a.	○	○	○	○
5. Me gusta jugar con mi hijo/a.	○	○	○	○
6. Mi hijo/a me irrita.	○	○	○	○

	Muy seguido	Bastante seguido	A veces	Casi nunca	Nunca
7. En **el último mes**, ¿con qué frecuencia se ha sentido que las dificultades se acumulan tan alto que no logra superarlas?	○	○	○	○	○

	Casi todos los días	Más de la mitad del tiempo	Varios días	No, nunca
8. Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?	○	○	○	○
9. Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida/o o sin esperanza?	○	○	○	○
10. En los **últimos 7 días**, me he culpado innecesariamente cuando las cosas no salen bien.	○	○	○	○

	No, para nada	Casi nunca	Sí, a veces	Sí, muy seguido
11. En los **últimos 7 días**, he estado ansioso/a o preocupada/o a pesar de no tener ninguna buena razón.	○	○	○	○

	Sí, bastante	Sí, a veces	No, no mucho	No, para nada
12. En los **últimos 7 días**, he sentido asustado/a o con pánico a pesar de no tener ninguna buena razón	○	○	○	○

Draft

Las personas a veces buscan la compañía de otros, su ayuda, u otro tipo de apoyo. ¿Con qué frecuencia tiene usted este tipo de apoyo si lo necesita?

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	Casi nunca	Nunca
13. Alguien en quien confiar o hablar acerca de sus problemas personales.	○	○	○	○	○

	5 o más	3 o 4	1 o 2	Nadie
14. ¿Con cuántas personas usted puede depender cuando necesita ayuda?	○	○	○	○

Por favor cuéntenos sobre su familia.

	Es cierto muy seguido	A veces es cierto	Nunca es cierto
15. ¿Pensando en su familia en el **último año**, que tan cierto es la declaración? "La comida que se compró no duro mucho y no teníamos dinero para comprar más."	○	○	○

	Sí	No
16. ¿En el **último año** usted se ha ido a vivir con otras personas o movido a una vivienda menos costosa debida a problemas de dinero?	○	○

	Sí	No	No es pertinente en mi caso
17. ¿Cree que el uso de drogas o alcohol por parte de algún miembro de su hogar puede estar teniendo un efecto negativo a usted o a sus hijos?	○	○	○

¿Hay algo que pasa en tu vida que te preocupa, o que te afecte a ti o a tu familia que te gustaría que nosotros lo abordemos?

¿Qué sueños tiene para su hijo?

¡Gracias! Se agradecemos atenderla/o a usted y a su hijo.