



CIAS:
 Nombre:

CIP:

¿Cuál es su relación con este niño/a? (marque con una X o un círculo)		
Madre, madrastra o madre de acogida	Abuela	Tutor/a legal
Padre, padrastro o padre de acogida	Abuelo	Otro

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE			INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE		
<i>Estado civil:</i>	Soltera	Conviviendo en pareja	<i>Estado civil:</i>	Soltero	Conviviendo en pareja
	Casada	Divorciada		Casado	Divorciado
	Separada	Viuda		Separado	Viudo
<i>Nivel de estudios:</i>	Primaria o inferior		<i>Nivel de estudios:</i>	Primaria o inferior	
	Secundaria o inferior			Secundaria o inferior	
	Bachillerato			Bachillerato	
	Curso técnico o de acreditación			Curso técnico o de acreditación	
	Ciclos formativos			Ciclos formativos	
	Grado universitario o estudios profesionales superiores			Grado universitario o estudios profesionales superiores	
<i>Profesión o puesto de trabajo:</i>			<i>Profesión o puesto de trabajo:</i>		

ESCALA DEL IMPACTO DEL PROBLEMA

En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a...

Ha tenido un **problema de salud crónico** (se define como un problema de salud mental o físico que haya durado o se espera que dure por lo menos 6 meses e interfiere en las actividades de su hijo/a)? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, ¿cómo se llama el problema de salud crónico de su hijo/a?

En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo/a...

Al hospital POR LA NOCHE? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO ,... ¿cuántas veces? ¿Qué le pasaba?	A URGENCIAS? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO ,... ¿cuántas veces? ¿Qué le pasaba?
--	---

En los últimos 30 días...

¿Cuántos días ha faltado a clase su hijo/a debido a su salud física o mental?

¿Cuántos días ha estado su hijo/a enfermo/a en cama o demasiado enfermo/a para jugar?

¿Cuántos días ha necesitado su hijo/a a alguien que lo cuide debido a su salud mental o física?

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI USTED TRABAJA FUERA DE CASA.

¿Cuántos días ha faltado al trabajo debido a la salud física o mental de su hijo/a en los últimos **30 días**?

<i>En los últimos 30 días, la salud de su hijo/a ha interferido en...</i>	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Su rutina diaria en el trabajo	0	1	2	3	4
Su capacidad de concentración en el trabajo	0	1	2	3	4