Cuestionario de información familiar PedsQL™

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
Estado civil: ☐ Soltera ☐ Conviviendo en pareja ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ Viuda	*Estado civil:* ☐ Soltero ☐ Conviviendo en pareja ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo
Nivel de estudios: ☐ Primaria o inferior ☐ Secundaria o inferior ☐ Bachillerato ☐ Curso técnico o de acreditación ☐ Ciclos formativos ☐ Grado universitario o estudios profesionales superiores	*Nivel de estudios:* ☐ Primaria o inferior ☐ Secundaria o inferior ☐ Bachillerato ☐ Curso técnico o de acreditación ☐ Ciclos formativos ☐ Grado universitario o estudios profesionales superiores
Profesión o puesto de trabajo: _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	*Profesión o puesto de trabajo:* _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 ☐ SÍ	A **URGENCIAS**? ☐ NO ☐ SÍ
EN CASO AFIRMATIVO,... ¿cuántas veces? _|_|	**EN CASO AFIRMATIVO,**... ¿cuántas veces? _|_|
¿Qué le pasaba? [ ]	¿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***? _\|_\|

En los últimos 30 días, la salud de su hijo/a ha interferido en...	**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

Copyright © 1998 JW Varni, PhD. Todos los derechos reservados.