



Estado de Nueva Jersey
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

ADVERTENCIA

Este sitio web contiene información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). De acuerdo con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), el acceso no autorizado está prohibido y puede resultar en sanciones civiles y penales.

IMPORTANTE

Por favor, tómese su tiempo y considere sus respuestas a las siguientes preguntas cuidadosamente. Usted será capaz de utilizar el botón "página anterior" para volver a una pregunta durante la encuesta si desea cambiar una respuesta. Sin embargo, una vez que haya completado esta evaluación y sometido sus respuestas, usted no será capaz de hacer más cambios.

Estado de New Jersey
División de Discapacidades del Desarrollo
Herramienta de Evaluación Completa de New Jersey (NJ CAT, por sus siglas en inglés)

*Realizado por la Universidad de Rutgers
Instituto para Planificación de Discapacidades del Desarrollo (DDPI, por sus siglas en inglés)*

30 de octubre 2014
Versión 1.3 del 27 de abril 2015

DDPI ha sido preguntado por la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) para obtener información sobre [nombre], que está aplicando para servicios. Se han tomado medidas de seguridad para salvaguardar la confidencialidad de la información proporcionada.

Instrucciones para completar la encuesta:

1. *La persona que conoce mejor a [nombre] debe de ser el respondedor.*
2. *Debe de responder a **TODAS** las preguntas en cada página para poder proceder a la próxima página.*
3. *Preguntas deben de ser respondidas basadas en el estatus del consumidor **ACTUAL**, no en un momento pasado o futuro.*
4. *La encuesta tomará aproximadamente 30-40 minutos para completar.*
5. *Si tiene algunas preguntas sobre cómo responder a una pregunta, por favor póngase en contacto con nosotros **antes** de enviar su encuesta completada. Puede salirse de la encuesta y regresar a otra hora para completarla al punto que la dejó.*

Gracias por su tiempo y asistencia con este importante esfuerzo.

DETALLES DEL CONSUMIDOR

El consumidor es la persona que recibe o puede que reciba servicios de la DDD.

MIS_D) MIS/Serial: (campo rellenado automáticamente)

CLName_D) Primer nombre del consumidor: (campo rellenado automáticamente)
Apellido del Consumidor: (campo rellenado automáticamente)

Esta encuesta es para [Primer nombre del consumidor (campo rellenado automáticamente) / Apellido del Consumidor (campo rellenado automáticamente) / DDD ID # (campo rellenado automáticamente)]. Si esta no es la persona correcta, por favor salga de esta página ahora.

1. Por favor repase la siguiente información y corrija cualquier mal deletreo.

Otra vez, si esta no es la persona correcta, por favor salga de esta página ahora.

Primer nombre del consumidor: (campo rellenado automáticamente)
Apellido del Consumidor: (campo rellenado automáticamente)

1_Cons) Por favor proporcione la dirección actual y la fecha de nacimiento de [primernombre apellido] en los cuadros abajo:

1_Cons _1. Dirección postal permanente: _____
1_Cons _2. Ciudad: _____
1_Cons _3. Estado: _____
1_Cons _4. Código postal: _____
1_Cons _5. Fecha de nacimiento (Por favor use el formato mm/dd/aaaa.): _____

[Solo pregunte VerifyDOB si la respuesta a 1_Cons_5 no coincide con los datos de archivos]

VerifyDOB) En la página anterior usted indicó que la fecha de nacimiento de [nombre apellido] es mm/dd/aaaa. Si esta no es correcta, por favor provea la información correcta abajo.

DETALLES DEL RESPONDEDOR

El respondedor es la persona que está completando la evaluación en nombre del consumidor.

1a. ¿Quién va a rellenar la información para esta evaluación?

1. Respondedor de parte del consumidor
2. Consumidor → **Pase a la pregunta 3b**

1_Resp) Por favor proporcione la siguiente información sobre el respondedor:

1_Resp _1. Su primer nombre: _____

1_Resp _2. Su apellido: _____

1_Resp _3. Su número de teléfono
(Por favor use el formato xxx-xxx-xxxx): _____

1_Resp _4. Su celular/número de teléfono alternativo
(Por favor use el formato xxx-xxx-xxxx): _____

1_Resp _5. Su correo electrónico (p. ej. abcdef@ghij.com): _____

1_Resp _6. Dirección postal: _____

1_Resp _7. Su ciudad: _____

1_Resp _8. Su estado: _____

1_Resp _9. Su código postal: _____

2. ¿Es usted el cuidador o la cuidadora principal de [nombre]? El cuidador o la cuidadora principal es la persona principalmente responsable para el cuidado y bienestar de [nombre].

(Nota: Si usted comparte igualmente el cuidado con su esposo(a) u otra persona, responda "Sí".)

0. No
1. Sí

3a. ¿Vive [nombre] con usted actualmente?

0. No
1. Sí

3b. ¿Cuál describe mejor el arreglo de vivienda actual de [nombre]?

1. En el hogar solo/a
2. En un hogar con la familia o amigo(s)
3. En una instalación casa hogar o apartamento supervisado
4. En un ambiente de casa de reposo
98. En algún otro ambiente (por favor especifique) _____

[Solo pregunte 4 and 5 si la respuesta a 1a es “Respondedor de parte del consumidor”]

4. ¿Cuál es su relación con [nombre]?

1. Madre o padre
2. Abuela o abuelo
3. Hermana o hermano
4. Hijo o hija
5. Otro pariente
6. Amigo de la familia
7. Agencia o personal de una casa hogar (Clínico)
8. Agencia o personal de una casa hogar (No-clínico)
98. Otro (por favor, especifique) _____

5. Género del respondedor (usted):

1. Masculino
2. Femenino

6. ¿Quién es el guardián de [nombre] para las decisiones legales y médicas en este momento?

1. [Nombre] es su propio/a guardián
2. Yo soy (Por favor seleccione esta opción si usted es el guardián con otra persona)
3. Otro miembro de la familia
4. Un amigo de la familia
5. Oficina de Servicios de Tutela (conocido en inglés como Bureau of Guardianship Services)/Tutela del Estado
6. Solicitando Tutela/Tutela en proceso
7. Alguien más/Otro (Por favor especifique la relación) _____

7. ¿Quién es probable que sea el guardián de [nombre] para tomar decisiones médicas y legales dentro de 5 años?

1. [Nombre] será su propio/a guardián
2. Yo seré (Por favor seleccione esta opción si usted es el guardián con otra persona)
3. Otro miembro de la familia
4. Un amigo de la familia
5. Oficina de Servicios de Tutela (conocido en inglés como Bureau of Guardianship Services)/Tutela del Estado
6. Alguien más/Otro (Por favor especifique la relación) _____

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR

8. ¿Cuántos años tiene [nombre]?

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

[Valores del menú desplegable = "17 años de edad o menos" a "97 o más"]

9a. ¿Cuál es el género de [nombre]?

1. Masculino
2. Femenino

9b. ¿Cuál de lo siguiente mejor representa la herencia racial o étnica de [nombre]?

Por favor seleccione todas las que correspondan.

1. Hispano, latino, u origen español
2. Negro o afroamericano
3. Blanco
4. Asiático
5. Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska
6. Nativo Hawaiano o nativo de la Polinesia
98. Algún otro grupo (Por favor, especifique) _____

9c. ¿Tiene [nombre] una licencia de conducir válida?

0. No → **Pase a la pregunta 10**
1. Sí

9d. ¿Tiene [nombre] acceso a un vehículo y maneja por si solo/a como una manera de transportación regular?

0. No
1. Sí

10) Por favor díganos si [nombre] tiene cualquier de los siguientes:

		No	Sí
10_1.	Trastorno del espectro autista	0	1
10_2.	Parálisis cerebral	0	1
10_3.	Espina bífida	0	1
10_4.	Síndrome de Down	0	1
10_5.	Una discapacidad intelectual o cognitiva (anteriormente conocido como retraso mental)	0	1
10_6.	Síndrome de Prader-Willi	0	1
10_7.	Cualquier discapacidad física (<i>Incluyendo , pero no limitado a cualquier discapacidad física en esta lista</i>)	0	1
10_8.	Un problema de salud mental con un diagnóstico psiquiátrico (<i>además de una discapacidad intelectual o cognitiva, o trastorno del espectro autista</i>)	0	1
10_9.	Traumatismo cerebral incluyendo una lesión cerebral adquirida que no es degenerativa	0	1
10_10.	Epilepsia o un trastorno de convulsiones	0	1

[Solo pregunte 10_1a si la respuesta a 10_1 es "Sí"]

10_1a. ¿Describiera el autismo o el trastorno del espectro autista de [nombre] como leve, moderado, o severo?

1. Leve
2. Moderado
3. Severo

[Solo pregunte 10_8a si la respuesta a 10_8 es "Sí"]

10_8a. Usted indicó que [nombre] tiene un problema de salud mental con un diagnóstico psiquiátrico. Por favor especifique el diagnóstico en el espacio abajo.

[Solo pregunte 10_10a y 10_10b si la respuesta a 10_10 es "Sí"]

10_10a. Usted indicó que [nombre] tiene epilepsia o un trastorno de convulsiones. ¿Cuándo fue la última vez que [nombre] tuvo una convulsión?

1. En los últimos 3 meses
2. En los últimos 4-6 meses
3. En los últimos 7-12 meses
4. Hace más de un año

10_10b. ¿Requiere [nombre] actualmente SUPERVISIÓN CONSTANTE en todo momento durante las horas que está despierto/a y/o durante las horas de dormir para evitar lesiones debido a un trastorno de convulsiones incontrolado?

- 0. No
- 1. Sí

SAMPLE

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: SENSORIAL/MOTORAS

11. ¿Sufre [nombre] una pérdida de audición que no puede ser corregida con audífonos?

0. No, audición está en una gama normal o normal con los audífonos → **Pase a la pregunta 13**

1. Sí, sufre de pérdida de audición

12. ¿Cuál respuesta describe mejor la audición de [nombre] en el último mes?

(Nota: Si [nombre] usa aparatos correctivos, como audífonos, por favor seleccione la respuesta que mejor describe la audición de [nombre] mientras usa audífonos.)

1. Pérdida leve: [nombre] frecuentemente encuentra dificultad cuando escucha el habla normal
2. Pérdida moderada: [nombre] tiene que darle volumen a la televisión o hablar duro para escuchar, sordo en un oído, etc.
3. Pérdida severa: [nombre] sólo puede escuchar si alguien está gritando
4. Pérdida profunda: [nombre] es sordo/a

13. ¿Tiene [nombre] cualquier problema de la vista que no se puede corregir con lentes o lentes de contacto?

0. No, visión está en gama normal con o sin corrección → **Pase a la pregunta 15**

1. Sí, tiene impedimento de la vista que no puede ser corregida

14. ¿Cuál respuesta describe mejor la visión de [nombre] en el último mes?

(Nota: Si [nombre] usa un aparato correctivo, como lentes, ¿cuál respuesta describe mejor la visión de [nombre] cuando está usando los lentes?)

1. Impedimento leve: [nombre] tiene daltonismo o tiene problemas para ver objetos pequeños
2. Impedimento moderado: [nombre] ve más que luz o sombras, tiene problemas con la percepción de profundidad, para ver el borde de la acera, o para reconocer personas a la vista, o está siego de un ojo, etc.
3. Impedimento severo: [nombre] ve solo luz y sombras.
4. Impedimento profundo: [nombre] es totalmente siego/a.

- 15) Por favor, indique si [nombre] no era capaz de hacerlo, necesitaba ayuda con, o independientemente podía hacer cada uno de los siguientes en el último mes:

		No capaz	Necesitaba ayuda	Podía hacerlo independientemente
15_1.	Rodar de boca arriba a boca abajo	0	1	2
15_2.	Jalarse a sí mismo/a de una posición sentada a una posición parada	0	1	2
15_3.	<u>Subir</u> las escaleras en cualquier casa o edificio. (Nota: Si usa pasamanos por sí solo/a, por favor responda "Independientemente")	0	1	2
15_4.	<u>Bajar</u> las escaleras en cualquier casa o edificio. (Nota: Si usa pasamanos por sí solo/a, por favor responda "Independientemente")	0	1	2
15_5.	Recoger objetos pequeños, como un Cheerio	0	1	2
15_6.	Transferir un objeto de mano a mano	0	1	2
15_7.	Gatear, trepar, o deslizarse, como conseguir algo debajo de una cama o silla	0	1	2
15_8.	Sentarse sin apoyo por lo menos 5 minutos, por ejemplo en un banco de piano o banco sin respaldo.	0	1	2

16. ¿Camina [nombre] independientemente sin dificultad, sin usar un aparato correctivo, y/o sin asistencia?

0. No
 1. Sí → **Pase a la pregunta 22A**

17. ¿Cuál describe mejor el nivel típico de la movilidad de [nombre] de caminar?

0. No puede caminar por sí solo/a con un aparato correctivo o con asistencia
 1. Camina sólo con asistencia de otra persona
 2. Camina independientemente con aparato correctivo (p. ej. andador ortopédico, muletas, o aparato ortopédico)
 3. Camina independientemente, pero con dificultad (sin aparato correctivo)

18. ¿Usa [nombre] una silla de ruedas o un scooter eléctrico?

(Nota: Si [nombre] está utilizando temporalmente una silla de ruedas debido a una reciente lesión o condición aguda, por favor responda "No.")

- 0. No, no la usa → **Pase a la pregunta 22A**
- 1. Sí, la usa todo el tiempo
- 2. Sí, la usa para viajes largos o cuando sea necesario

19) Por favor, indique cuál de las siguientes está utilizando [nombre] actualmente.

(Nota: Si fue recetado, pero no usado por [nombre], por favor responda "No.")

		No	Sí
19a.	Silla de ruedas no motorizada	0	1
19b.	Silla de ruedas motorizada	0	1
19c.	Un scooter eléctrico	0	1

20. ¿Cuál describe mejor la capacidad de [nombre] de transferirse a sí mismo/a dentro o fuera de la silla de ruedas o scooter eléctrico?

- 0. Regularmente requiere el uso de un Hoyer u otra grúa médica y/o más de una persona al transferir
- 1. Necesita mucha asistencia física de otra persona al transferir
- 2. Sólo necesita asistencia mínima de otra persona al transferir
- 3. Se puede transferir independientemente sin asistencia

21. ¿Cuál describe mejor la capacidad de [nombre] de mover una silla de ruedas de un lugar a otro?

(Nota: Las categorías de respuestas se aplican ambos al uso de sillas de ruedas motorizadas y a las no motorizadas.)

- 0. No tiene movilidad de silla de ruedas independiente---necesita que alguien lo/la empuje de un lugar a otro
- 1. Puede mover la silla de ruedas hacia atrás y adelante con las manos y los pies, pero tiene que ser empujado/a para moverse de un lugar a otro para cualquier distancia real
- 2. Puede mover la silla de ruedas de forma independiente desde un lugar a otro sin asistencia, pero requiere ser empujado/a para largas distancias
- 3. Puede mover la silla de ruedas de forma independiente desde un lugar a otro sin asistencia y no requiere asistencia incluso para viajes más largos

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: HABILIDADES COGNITIVAS

22A) Abajo se presentan algunas preguntas acerca de las capacidades cognitivas o mentales de [nombre]. Por favor, indique si [nombre] ha hecho cada uno de los siguientes en el último mes.

22A) Asociar el tiempo con eventos y acciones

	No	Sí
22A_1. Recuerda eventos que sucedieron hace un mes o más (Nota: ¿Recordaría [nombre] a alguien que vio hace un mes o desde una ocasión especial?)	0	1
22A_2. Conoce la rutina diaria, como lo que ocurre en la mañana, tarde y noche.	0	1
22A_3. Asocia eventos con el tiempo pasado, presente, o futuro, por ejemplo, saber la diferencia entre ayer, hoy, y mañana.	0	1

[Solo pregunte 22A_2a si la respuesta a 22A_2 es "Sí"]

22A_2a. Asocia eventos regulares con una hora específica, como saber que 6:00 pm es la hora de cenar

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 22A_3a si la respuesta a 22A_3 es "Sí"]

22A_3a Dice la hora a los 5 minutos más cercanos, como saber la diferencia entre 5 minutos para las 6:00 pm y 5 minutos después de las 6:00 pm, o entiende la diferencia entre 5 minutos y 10 minutos de ahora

- 0. No
- 1. Sí

22B) Habilidades Espaciales/Perceptivas

	No	Sí
22B_1. Sabe la diferencia entre rojo, azul, verde y amarillo	0	1
22B_2. Sabe la diferencia entre grande y pequeño	0	1
22B_3. Sabe la diferencia entre un círculo, cuadrado, y un triángulo	0	1
22B_4. Encuentra su camino alrededor de la casa por sí mismo. (Nota: Si los problemas de movilidad impiden moverse de una habitación a otra, pero sabe dónde se encuentran diferentes cuartos, por favor responda "Sí.")	0	1

22C) Conocimiento numérico

	No	Sí
22C_1. Usa números, aunque sea incorrectamente. (Nota: Por favor responda "Sí" si [nombre] utiliza números correctamente o incorrectamente.)	0	1
22C_2. Cuenta hasta 10 sin ayuda	0	1

[Solo pregunte 22C_2a si la respuesta a 22C_2 es "Sí"]

22C_2a. Hace sumas simples sin el uso de calculadora o computadora

- 0. No → **Pase a la pregunta 22D_1**
- 1. Sí

22C_2b. Hace restas simples sin el uso de calculadora o computadora

- 0. No
- 1. Sí

22D) Habilidades de escritura (Incluya Braille o teclear)

	No	Sí
22D_1. Imprime o escribe letras individuales sin un modelo o sin trazar	0	1

[Solo pregunte 22D_1a and 22D_1b si la respuesta a 22D_1 es "Sí"]

22D_1a. Imprime o escribe su propio nombre sin un modelo o sin trazar

- 0. No
- 1. Sí

22D_1b. Imprime o escribe palabras individuales, además de su propio nombre, sin un modelo o sin trazar

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 22D_1ba si la respuesta a 22D_1b es "Sí"]

22D_1ba. Imprime o escribe oraciones simples sin un modelo o sin trazar

- 0. No
- 1. Sí

22E) Habilidades de lectura y señales

	No	Sí
22E_1. Reconoce su propio nombre y apellido cuando está escrito	0	1
22E_2. Lee y entiende palabras simples	0	1

[Solo pregunte 22E_2a si la respuesta a 22E_2 es "Sí"]

22E_2a. Lee y entiende oraciones simples

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 22E_2aa si la respuesta a 22E_2a es "Sí"]

22E_2aa. Lee y entiende una historia simple

- 0. No
- 1. Sí

SAMPLE

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: COMUNICACIÓN

23) Por favor piense en la habilidad de [nombre] de comunicarse. Por favor indique si [nombre] ha hecho lo siguiente en el último mes.

23A) Comunicación verbal expresiva

	No	Sí
23A_1. Usa por lo menos algunas palabras, signos, o imágenes de símbolos simples	0	1

[Solo pregunte 23A_1a si la respuesta a 23A_1 es "Sí"]

23A_1a. Usa 10 o más palabras o señales simples en su vocabulario entero

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 23A_1aa – 23A_1ac si la respuesta a 23A_1a es "Sí"]

	No	Sí
23A_1aa. Hace preguntas simples usando palabras o señales	0	1
23A_1ab. Usa oraciones completas en una conversación	0	1
23A_1ac. Cuenta una historia simple, tal como de un programa de televisión	0	1

23B) Claridad del habla

	No	Sí
23B_1. Claramente dice "Sí" o "No" a una pregunta simple	0	1
23B_2. El habla es fácilmente entendida por extraños	0	1

[Solo pregunte 23B_1a si la respuesta a 23B_1 es "Sí"]

23B_1a. ¿Es inglés el idioma principal de [nombre]?

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 23B_1aa si la respuesta a 23B_1a es "No"]

23B_1aa. ¿Cuál es el idioma principal de [nombre]? (Por favor especifique en el cuadro abajo.)

[Solo pregunte 23B_2a si la respuesta a 23B_2 es "No"]

23B_2a. El habla es entendida por aquellos que conocen bien a [nombre]

- 0. No
- 1. Sí

23C) Comunicación verbal receptiva

		No	Sí
23C_1.	¿Responde [nombre] a su nombre cuando es hablado o señalado?	0	1
23C_2.	¿Comprende [nombre] el significado de "Sí" y "No"?	0	1

[Solo pregunte 23C_2a si la respuesta a 23C_2 es "Sí"]

23C_2a. ¿Entiende [nombre] una orden de un solo paso, como "Mírame"?

- 0. No
- 1. Sí

[Solo pregunte 23C_2aa and 23C_2ab si la respuesta a 23C_2a es "Sí"]

23C_2aa. ¿Entiende [nombre] una orden de dos pasos, como "Voltea la cabeza y mírame"?

- 0. No
- 1. Sí

23C_2ab. ¿Entiende [nombre] un chiste o una historia?

- 0. No
- 1. Sí

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: INTERACCIÓN SOCIAL

24. Las siguientes preguntas son acerca de cómo actúa [nombre] en diferentes situaciones sociales — con miembros de la familia y otros — en el último mes. Por favor díganos, basado en su propio conocimiento, acerca del comportamiento de [nombre] en las siguientes situaciones.
- 24a. ¿Hace [nombre] contacto visual directo cuando usted u otras personas hablan con él/ella—o es propenso/a a mirar hacia otro lado?
1. Hace contacto visual (mira a los ojos)
 2. Mira hacia otro lado
- 24b. ¿Puede notar por las expresiones faciales de [nombre] como se siente él/ella—o es difícil de notar como se siente él/ella?
1. Se puede notar
 2. No se puede notar
- 24c. ¿Prefiere [nombre] principalmente pasar tiempo con otras personas—o prefiere estar solo/a?
1. Con otros
 2. Solo/a
- 24d. ¿Se siente [nombre] cómodo/a siendo parte de un grupo—o se siente él/ella incómodo/a siendo parte de un grupo?
1. Cómodo/a
 2. Incomodo/a
- 24e. ¿Demuestra [nombre] gozo/tristeza sobre lo que él/ella está haciendo—o guarda los sentimientos de gozo/tristeza para sí mismo/a (p. ej., no se puede notar si él/ella está contento/a o triste)?
1. Demuestra gozo/tristeza
 2. Mantiene su gozo/tristeza por sí mismo/a
- 24f. ¿Le gusta a [nombre] hacer cosas con otros—o prefiere hacer cosas solo/a?
1. Con otros
 2. Solo/a
- 24g. ¿Es fácil para [nombre] tomar turnos—o es difícil para él/ella tomar turnos?
1. Toma turnos fácilmente
 2. Tiene dificultad tomando turnos
- 24h. ¿Nota [nombre] si otros están molestos o se sienten mal—o es difícil para él/ella notar si otros están molestos o se sienten mal?
1. Nota cuando otros están molestos o se sienten mal
 2. Tiene dificultad notando si otros están molestos o se sienten mal

- 24i. ¿Es [nombre] propenso a usar las mismas palabras o sonidos una y otra vez—o el uso de palabras o sonidos diferentes varea dependiendo en el tema?
1. Varea por tema
 2. Usa las mismas palabras o sonidos
- 24j. ¿Le gusta a [nombre] hacer una actividad una y otra vez—o le gusta a él/ella una variedad de actividades?
1. Varea actividades
 2. Repite actividades
- 24k. ¿Tiene [nombre] rituales especiales o comportamiento repetitivo que tiene que ser expresado un número de veces—o no tiene rituales especiales o comportamiento repetitivo?
1. No usa repetición o rituales especiales
 2. Usa repetición o rituales

SAMPLE

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: AUTO DIRECCIÓN

- 25) Las siguientes preguntas son acerca de hasta qué medida [nombre] hace decisiones sobre sus actividades diarias. Por favor indique si [nombre] decide, otros deciden, o ambos deciden sobre lo siguiente.

(Nota: Estos artículos son acerca de tomar decisiones, por favor no responda basado en la asistencia física que pueda necesitar. Por favor, base su respuesta en la toma de decisiones diarias.)

25) Actividades diarias

		Otros deciden	Ambos deciden	[nombre] decide
25_1.	Como pasar el tiempo durante los días entre semana	0	1	2
25_2.	Como pasar el tiempo los fines de semana	0	1	2
25_3.	Como gastar su propio dinero	0	1	2
25_4.	Cuando pasar tiempo con amigos u otros (otros aparte de familiares)	0	1	2
25_5.	Cuando salir de o dejar la casa para tiempo libre	0	1	2
25_6.	Si debe tener invitados a la casa	0	1	2
25_7.	Si debe ir de visita al hogar de alguien con o sin alguien más	0	1	2
25_8.	Si debe salir al cine con o sin alguien más	0	1	2
25_9.	Si debe ir a la biblioteca, museo, u otros edificios públicos con o sin alguien más	0	1	2
25_10.	Si debe ir a la playa o parque con o sin alguien más	0	1	2

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: CUIDADO PERSONAL/ HABILIDADES DE VIDA INDEPENDIENTE

- 26) Por favor, tome un momento para pensar en la capacidad de [nombre] de hacer tareas de cuidado personal. Por favor, indique cuán independiente [nombre] realizó cada tarea en el último mes. Si él/ella no fue capaz o no ha tenido la oportunidad; requirió asistencia directa; principalmente requirió supervisión; o fue independiente en completar cada tarea en el último mes.

26A) Necesidades de cuidado personal básicas

		No Ha Hecho (No ha tenido la oportunidad o no es capaz)	Mucha Ayuda (Requiere mucha ayuda)	Principalmente Supervisión (Principalmente requiere pistas verbales)	Independiente (Empieza y termina sin pistas ni ayuda)
26A_1.	Alimentarse por sí solo/a	0	1	2	3
26A_2.	Beber de un vaso o una tasa <i>(Nota: Puede ser con un vaso de aprendizaje o con una paja.)</i>	0	1	2	3
26A_3.	Masticar y tragar comida en partes pequeñas	0	1	2	3
26A_4.	Usar el baño en relación con <u>orinar</u>	0	1	2	3
26A_5.	Usar el baño en relación con <u>defecar</u>	0	1	2	3
26A_6.	Vestirse físicamente <i>(Nota: No incluya seleccionando la ropa.)</i>	0	1	2	3
26A_7.	Moverse en un ambiente familiar, tal como su hogar	0	1	2	3
26A_8.	Lavarse las manos	0	1	2	3
26A_9.	Lavarse la cara	0	1	2	3
26A_10.	Peinarse o cepillarse el pelo	0	1	2	3
26A_11.	Sonarse o limpiarse la nariz con un pañuelo de papel	0	1	2	3
26A_12.	Ajustar la temperatura del agua para lavar las manos o bañarse	0	1	2	3
26A_13.	Atarse los cordones o cerrar los ajustes de Velcro de sus zapatos	0	1	2	3
26A_14.	Secarse el cuerpo entero después de bañarse	0	1	2	3

26B) Ser independiente

		No Ha Hecho (No ha tenido la oportunidad o no es capaz)	Mucha Ayuda (Requiere mucha ayuda)	Principalmente Supervisión (Principalmente requiere pistas verbales)	Independiente (Empieza y termina sin pistas ni ayuda)
26B_1.	Hacer su cama	0	1	2	3
26B_2.	Limpiar su cuarto	0	1	2	3
26B_3.	Lavar su ropa	0	1	2	3
26B_4.	Cuidar su propia ropa, tal como doblarla o guardarla	0	1	2	3

SAMPLE

26C) Actividades del hogar

		No Ha Hecho (No ha tenido la oportunidad o no es capaz)	Mucha Ayuda (Requiere mucha ayuda)	Principalmente Supervisión (Principalmente requiere pistas verbales)	Independiente (Empieza y termina sin pistas ni ayuda)
26C_1.	Usar transporte público para un simple viaje directo además de Access link u otras transportes médicos	0	1	2	3
26C_2.	Seleccionar comestibles cuando hace compras para una comida simple	0	1	2	3
26C_3.	Preparar comidas que no requieren cocinar, tal como hacer un sándwich, o una taza de cereal	0	1	2	3
26C_4.	Usar la estufa	0	1	2	3
26C_5.	Usar el microondas	0	1	2	3
26C_6.	Lavar los platos o usar un lavaplatos	0	1	2	3
26C_7.	Ordenar comida en público	0	1	2	3
26C_8.	Seleccionar artículos que quiere comprar	0	1	2	3
26C_9.	Usar dinero, tal como dándolo al cajero	0	1	2	3

[Solo pregunte 26C_9a and 26C_9b si la respuesta a 26C_9 es “Mucha Ayuda”, “Principalmente Supervisión”, o “Independiente”]

		No Ha Hecho (No ha tenido la oportunidad o no es capaz)	Mucha Ayuda (Requiere mucha ayuda)	Principalmente Supervisión (Principalmente requiere pistas verbales)	Independiente (Empieza y termina sin pistas ni ayuda)
26C_9a.	Hacer compras pequeñas de rutina	0	1	2	3
26C_9b.	Dar o contar cambio	0	1	2	3

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR: COMPORTAMIENTO ESPECIAL

27) Por favor díganos si [nombre] ha hecho algunos de los siguientes comportamientos especiales en los últimos 6 meses.

27A) Comportamientos peligrosos a sí mismo/a

		No	Sí
27A_1.	Huye o pasea sin que usted lo sepa	0	1
27A_2.	Repetidamente sale de la cama durante la noche además de ir al baño.	0	1
27A_3.	Come o se pone objetos no comestibles en la boca.	0	1
27A_4.	Se rasca su propio cuerpo hasta que causa daño	0	1
27A_5.	Se pega su propio cuerpo	0	1
27A_6.	Se pega su propia cara o cabeza	0	1
27A_7.	Se golpea la cabeza	0	1
27A_8.	Se muerde a sí mismo/a	0	1

[Solo pregunte 27A_3a to 27A_3c si la respuesta a 27A_3 es “Sí”]

27A_3a. ¿Con qué frecuencia come o se pone [nombre] objetos no comestibles en la boca?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27A_3b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27A_3c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

[Solo pregunte 27A_8a to 27A_8c si la respuesta a 27A_8 es "Sí"]

27A_8a. ¿Con qué frecuencia se muerde [nombre] a sí mismo/a?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27A_8b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27A_8c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

27B) Comportamientos peligrosos a otros

		No	Sí
27B_1.	Amenaza a otros verbalmente	0	1
27B_2.	Amenaza a otros físicamente	0	1
27B_3.	Golpea o da puñetazos a otros	0	1
27B_4.	Patea a otros	0	1
27B_5.	Usa objetos para hacer daño a otros	0	1
27B_6.	Muerde a otros	0	1
27B_7.	Agarra o rasca a otros	0	1
27B_8.	Da cabezazos a otros	0	1
27B_9.	Jala el pelo de otros	0	1
27B_10.	Estrangula o trata de estrangular a otros	0	1
27B_11.	Agresión a la propiedad privada (p. ej. Rompe o hace daño a objetos)	0	1

[Solo pregunte 27B_5a to 27B_5c si la respuesta a 27B_5 es "Sí"]

27B_5a. ¿Con qué frecuencia usa [nombre] objetos para hacer daño a otros?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27B_5b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27B_5c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

[Solo pregunte 27B_6a to 27B_6c si la respuesta a 27B_6 es "Sí"]

27B_6a. ¿Con qué frecuencia muerde [nombre] a otros?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27B_6b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27B_6c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

[Solo pregunte 27B_8a to 27B_8c si la respuesta a 27B_8 es "Sí"]

27B_8a. ¿Con qué frecuencia da [nombre] cabezazos a otros?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27B_8b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27B_8c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

[Solo pregunte 27B_10a to 27B_10c si la respuesta a 27B10 es "Sí"]

27B_10a. ¿Con qué frecuencia estrangula o trata [nombre] de estrangular a otros?

1. Una vez al día o más
2. Varias veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

		No	Sí
27B_10b.	¿Alguna vez ha sido [nombre] hospitalizado/a a causa de este comportamiento?	0	1
27B_10c.	¿Ocurrió este comportamiento mientras [nombre] estaba siendo supervisado/a?	0	1

SAMPLE

27C) Comportamientos inapropiados o que violan las reglas

		No	Sí
27C_1.	Hace berrinches o tiene rabietas	0	1
27C_2.	Muestra comportamiento repetido, tal como mecer el cuerpo o aletear con las manos	0	1
27C_3.	Embadurna las heces	0	1
27C_4.	Hace ruidos, dice groserías, u otras vocalizaciones inapropiadas	0	1
27C_5.	Interrumpe actividades de otros	0	1
27C_6.	Desafía direcciones o reglas conocidas	0	1
27C_7.	Se desviste en público	0	1
27C_8.	Se masturba en público	0	1
27C_9.	Acaricia a otros sexualmente sin consentimiento de ellos	0	1
27C_10.	Muestra comportamiento sexual predatorio (p. ej., forzarse a otros en una manera sexual)	0	1

27D) Otros comportamientos especiales

		No	Sí
27D_1.	¿Ha sido [nombre] objetivo o víctima de comportamiento inapropiada de otros?	0	1

27E.	Por favor indique cuál de las siguientes han ocurrido debido a un problema de comportamiento con [nombre] en los últimos 6 meses. [Solo pregunte 27E_1 si el respondedor contesta "Sí" a alguna de estas preguntas 27A_1, 27A_3-27A_8, 27B_1 to 27B_10, 27C_3, o 27C_7 to 27C_10]	No	Sí
27E_1.	¿Ha requerido supervisión individual a causa de problemas de comportamiento?	0	1
	[Solo pregunte 27E_2 to 27E_6 si el respondedor contesta "Sí" a alguna de estas preguntas 27A_1 to 27A_8, 27B_1 to 27B_10, o 27C_1 to 27C_10]		
27E_2.	¿Se ha <u>realmente</u> utilizado cualquier modificación/apoyo de comportamiento específico?	0	1
27E_3.	¿Ha sido el ambiente de [nombre] estructurado cuidadosamente debido a comportamientos?	0	1
27E_4.	¿Ha sido requerido a veces una intervención física?	0	1
27E_5.	¿Fue necesario un tiempo fuera supervisado a un área dentro o fuera de la habitación?	0	1
27E_6.	¿Fue algún medicamento incrementado o usado según sea necesario (prn) para reducir/controlar los comportamientos?	0	1

SALUD

28) Por favor indique si [nombre] tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones diagnosticadas actualmente.

	No	Sí
28_1. <u>Condiciones respiratorias o de respiración</u> , tal como asma, enfisema, o fibrosis quística	0	1
28_2. <u>Condiciones del corazón o circulatorios</u> , tal como cardiopatía, la presión arterial alta, anemia, u otros trastornos de sangre	0	1
28_3. <u>Condiciones digestivas</u> , tal como úlceras, colitis, trastornos del hígado/intestino, o alimentación por sonda	0	1
28_4. <u>Condiciones de tragar</u> , tales como dificultad para tragar, reflujo gástrico, o aspiración	0	1
28_5. <u>Condiciones de la vejiga o del riñón</u>	0	1
28_6. <u>Condiciones del sistema nervioso</u> , tal como esclerosis múltiple, síndrome orgánico cerebral, enfermedad de Parkinson, o convulsiones	0	1
28_7. <u>Condiciones de hormona o endocrino</u> , tal como diabetes, problemas con la glándula tiroides, o terapia de reemplazo hormonal	0	1
28_8. <u>Condiciones crónicas relacionadas con la piel, el cabello, o las uñas</u> , tal como las uñas de los pies gruesas, eczema, psoriasis, o dermatitis	0	1
28_9. <u>Condiciones musculoesqueléticas</u> , tal como dificultades de los músculos con los brazos y/o las piernas, artritis, osteoporosis, o parálisis cerebral	0	1
28_10. <u>Alergias</u> , tal como aquellos a la comida, medicamentos, o alergias estacionales	0	1
28_11. <u>Otras condiciones</u> (Por favor, especifique)	0	1

- 29) Por favor indique si [nombre] ha ido a o utilizado algunos de los siguientes servicios de salud en los últimos 3 meses en cualquier ambiente para cuidado de rutina o no de rutina.

		No	Sí
29_1.	Ha ido a una clínica de emergencia o una sala de emergencia en un hospital	0	1
29_2.	Pasó la noche en un hospital	0	1
29_3.	Vio a un podólogo (p. ej. un especialista para los pies)	0	1
29_4.	Vio a un psiquiatra	0	1
29_5.	Vio a un psicólogo para terapia o manejo de comportamiento	0	1
29_6.	Vio a cualquier otro especialista de comportamiento (<i>tal como un analista del comportamiento</i>)	0	1
29_7.	Recibió fisioterapia	0	1
29_8.	Recibió la terapia del habla y del lenguaje	0	1
29_9.	Recibió terapia ocupacional	0	1

- 30) Por favor indique si [nombre] recibió algunos de los siguientes servicios o tratamientos médicos especiales en su hogar o residencia en los últimos 3 meses.

		No	Sí
30_1.	El uso de enemas o equipo de intestino especial	0	1
30_2.	Cateterismo	0	1
30_3.	Succionando por lo menos una vez al día para remover líquidos internos	0	1
30_4.	Cuidado especial de respiración o respiratorio, tal como el uso del inhalador o nebulizador	0	1
30_5.	Girarse o posicionarse para proteger la integridad de la piel	0	1
30_6.	Vendar y cuidado de herida	0	1
30_7.	Diálisis o el uso de un aparato para los riñones	0	1
30_8.	Cualquier medicamento por vía inyección por otras personas o por vía intravenosa en casa además de la insulina por vía auto-inyector (que es similar a un EpiPen o FlexPen)	0	1
30_8a.	La insulina administrado con un auto-inyector (que es similar a un EpiPen o FlexPen)	0	1
30_9.	¿Es [nombre] alimentado/a por sonda?	0	1

[Solo pregunte 30_9a si la respuesta a 30_9 es "Sí".]

	No	Sí
30_9a. ¿Come [nombre] cualquier comida por la boca?	0	1

[Pase a 30_11 si la respuesta a 30_9a es "No"]

[Solo pregunte 30_10a – 30_10e si la respuesta a 30_9 es "No" o si la respuesta a 30_9a es "Sí"]

	No	Sí
30_10a. ¿Ha usado [nombre] equipo adaptable para comer, tal como un reborde para platos y cubiertos especiales (que no sea una sonda)?	0	1
30_10b. ¿Ha requerido [nombre] asistencia debido a un(os) incidente(s) de asfixia, tal como requerir que la comida sea desobstruida de la boca con la mano o la maniobra de Heimlich?	0	1
30_10c. ¿Es [nombre] físicamente alimentado/a por otros?	0	1
30_10d. ¿Requiere [nombre] preparación de comida especial, tal como comida hecha en puré o picada?	0	1
30_10e. ¿Tiene [nombre] necesidades de dieta especiales, tal como una dieta baja en sal?	0	1
30_11. ¿Requirió algunos aumentos en líquidos?	0	1

31) Por favor indique si alguno del siguiente equipamiento adaptable o especial ha sido usado por [nombre] en algún momento en los últimos 3 meses.

(Nota: Si es recetado, pero no usado en los últimos 3 meses, conteste "No.")

	No	Sí
31_1. Lentes u otras ayudas visuales	0	1
31_2. Un andador ortopédico	0	1
31_3. Muletas o bastón	0	1
31_4. Un aparato ortopédico o férula	0	1
31_5. Audífonos	0	1
31_6. Imágenes de símbolos o cualquier otro aparato de comunicación	0	1
31_7. Un casco que no se usa para montar en bicicleta o montar a caballo	0	1
31_8. Un aparato ortopédico recetada o zapatos ortopédicos	0	1
31_9. Una cama especial o modificaciones de cama, tal como barandillas de cama, un colchón especial, una cama elevada, una cama de hospital	0	1
31_10. Otro (Por favor, especifique) _____	0	1

EXPERIENCIA ESCOLAR

32. ¿Alguna vez asistió [nombre] a cualquier tipo de escuela pública o privada, incluyendo una escuela especial para discapacitados?

- 0. No → **Pase a la pregunta 37**
- 1. Sí
- 98. No sé → **Pase a la pregunta 37**

33. ¿Está [nombre] actualmente inscrito/a en una escuela secundaria u otro tipo de escuela especial para discapacitados?

(Nota: Por favor conteste "No" si [nombre] asiste a una universidad o una escuela técnica posterior a la escuela secundaria.)

- 0. No → **Pase a la pregunta 37**
- 1. Sí

34. ¿Está [nombre] participando en algunas actividades de trabajo patrocinado por la escuela, como un trabajo por estudio, pasantías, u otro negocio basado en la escuela?

- 0. No → **Pase a la pregunta 36**
- 1. Sí
- 98. No sé → **Pase a la pregunta 36**

35. ¿Es [nombre] pagado/a por este trabajo?

- 1. Sí, por todo
- 2. Sí, por parte
- 3. No, por todo
- 4. No sé

36) ¿Qué piensa que va a hacer [nombre] después de salir de la escuela?

		No	Sí
36_1.	Conseguir un trabajo a sueldo (ganando por los menos el salario mínimo)	0	1
36_2.	Una universidad o escuela de iniciación	0	1
36_3.	Clases prácticas (del instituto de formación profesional) o escuela técnica	0	1
36_4.	Un programa de día	0	1
36_5.	Otro (Por favor, especifique) _____	0	1

EMPLEO ACTUAL

37. ¿Tiene [nombre] un trabajo a sueldo?

0. No → **Pase a la pregunta 41**

1. Sí

98. No sé → **Pase a la pregunta 41**

38. ¿Aproximadamente cuántas horas por semana trabajó [nombre] en este trabajo a sueldo en las últimas dos semanas?

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

_____ horas

[Valores del menú desplegable = 1 hora o menos hasta 40 o más, No sé = 98]

39. ¿Aproximadamente cuánto se le pagó a [nombre] por hora? (Si no está seguro de la cantidad exacta, por favor introduzca su mejor estimación.)

(Por favor provee la cantidad aproximada sólo en dólares estadounidenses. No incluye el símbolo del dólar (\$).)

\$ _____

40. ¿Tiene [nombre] un entrenador de trabajo o alguien especial de una agencia quien le ayuda en este trabajo a sueldo?

0. Sí, normalmente → **Pase a la pregunta 48**

1. A veces → **Pase a la pregunta 48**

2. De vez en cuando → **Pase a la pregunta 48**

3. No, no lo necesita → **Pase a la pregunta 48**

EMPLEO ANTERIOR

41. ¿Ha tenido [nombre] un trabajo a sueldo en los últimos dos años?

0. No → **Pase a la pregunta 45**

1. Sí

98. No sé → **Pase a la pregunta 45**

42. ¿Aproximadamente cuantas horas por semana en promedio trabajó [nombre] a sueldo?

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

_____ horas

[Valores del menú desplegable = 1 hora o menos hasta 40 o más, No sé = 98]

43. ¿Aproximadamente cuánto se le pagaba a [nombre] por hora? (Si no está seguro de la cantidad exacta, por favor introduzca su mejor estimación)

(Por favor provee la cantidad aproximada sólo en dólares estadounidenses. No incluye el símbolo del dólar (\$).)

Cantidad aproximada pagado por hora \$ _____

44. ¿Tuvo [nombre] un entrenador de trabajo o alguien especial de una agencia a quien le ayudaba en este trabajo a sueldo?

0. Sí, normalmente

1. A veces

2. De vez en cuando

3. No, no lo necesita

EMPLEO DEL FUTURO

45. ¿Estaba [nombre] activamente buscando y tratando de conseguir un trabajo a sueldo en las últimas dos semanas?

- 0. No
- 1. Sí

46. ¿Cuán probable piensa que [nombre] tendrá un trabajo a sueldo el próximo año?

- 0. Definitivamente no lo tendrá → **Pase a la pregunta 48**
- 1. Probablemente no lo tendrá
- 2. Probablemente lo tendrá
- 3. Definitivamente lo tendrá

47. Si [nombre] tuviera un trabajo a sueldo el próximo año, ¿cuánto piensa que ganaría [nombre] por hora?

(Por favor provee la cantidad aproximada sólo en dólares estadounidenses. No incluye el símbolo del dólar (\$).)

\$ _____

CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (DVR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

48. ¿Ha tenido usted contacto con alguien que trabaja para la División de Rehabilitación Vocacional (DVR) en los últimos dos años?

- 0. No → **Pase a la pregunta 50**
- 1. Sí

49. ¿Cuán útil fueron estos servicios o información provista por la División de Rehabilitación Vocacional?

- 1. Muy útil
- 2. Algo útil
- 3. No muy útil
- 4. No útil para nada
- 98. No sé

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR

Por favor anote: Las siguientes preguntas se aplican al cuidador o la cuidadora principal de [nombre]. Si usted no es el cuidador o la cuidadora principal de [nombre] [Pregunta 2 es “No” o Pregunta 4 es “Agencia o personal de una casa hogar (Clínico)” o (No-clínico)], pase a la pregunta 60.

Dado que la División de Discapacidades del Desarrollo está preocupada por las experiencias de toda la familia, incluyendo a los que prestan apoyo, ahora queremos saber más acerca de USTED. Por favor tenga en cuenta que estas preguntas se hacen solo con fines de mantenimiento de registros y para aprender más acerca de quien estamos sirviendo.

50. ¿Cuántos años de estudios ha tenido la oportunidad de completar?
1. Ninguna educación formal
 2. 1^{er} grado hasta 8^o grado
 3. Asistió a la escuela secundaria, pero NO se graduó
 4. Se graduó de la escuela secundaria /obtuvo el certificado estadounidense del Desarrollo Educacional General (GED)
 5. Un instituto profesional, o escuela técnica, o vocacional después de la escuela secundaria
 6. Hasta algún grado de la universidad (pero todavía no ha obtenido su título)
 10. Recibió un título asociado de un programa de 2 años (Asociado en Artes [AA], Asociado en Ciencias [AS], o Asociado en Ciencias Aplicadas [AAS]) o un título de enfermera registrada (RN) de 3 años
 7. Recibió un título de 4 años (Licenciatura en Artes (BA), Licenciatura en Ciencias (BS), Licenciatura)
 8. Está trabajando actualmente en tarea de postgrado o para recibir su título postgrado. (p. ej., un Doctorado o Máster)
 9. Cumplió la tarea de postgrado y recibió un título de postgrado (p. ej., un Doctorado o Máster)
51. ¿Está usted empleado/a actualmente?
0. No → **Pase a la pregunta 54**
 1. Sí
52. ¿Está este empleo dentro o fuera de su casa?
1. Dentro de la casa
 2. Fuera de la casa
 3. Ambos dentro y fuera de la casa
53. En promedio, ¿cuántas horas por semana trabaja a sueldo?

(Incluya la hora de almorzar, pero no el tiempo de viaje para ir y venir de su trabajo.)

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

[Valores del menú desplegable = 1 hora o menos hasta 40 o más, No sé = 98]

54. En total, ¿cuántas personas menores de 18 años actualmente viven en su hogar?

(Seleccione 0 si no hay ninguno.)

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

[Valores del menú desplegable= 0 a 10 o más]

55. En total, ¿cuántas personas de 18 años o más actualmente viven en su hogar, incluyéndose usted y [nombre]?

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

[Valores del menú desplegable= 1 a 10 o más]

56. Además de cuidar a [nombre], ¿es usted actualmente el cuidador o la cuidadora principal para cualquier otra persona dentro o fuera de su hogar que necesita cuidado especial, como un niño discapacitado, un padre anciano, cónyuge discapacitado, etc.?

0. No → **Pase a la pregunta 58**

1. Sí

57. ¿Vive esta persona con usted?

0. No

1. Sí

58. ¿Cuál de lo siguiente mejor representa su herencia racial o étnica?

Por favor seleccione todas las que correspondan.

1. Hispano, latino, u origen español

2. Negro o afroamericano

3. Blanco

4. Asiático

5. Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska

6. Nativo Hawaiano o nativo de la Polinesia

98. Algún otro grupo (Por favor, especifique) _____

59. ¿Qué edad tenía en su último cumpleaños?

Por favor seleccione del menú desplegable abajo.

[Valores del menú desplegable = 18 a 97 o mayor, Prefiero no decirlo = 3]

60. ¿Recibe [nombre] o está usted de parte de [nombre] actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes?

		No	Sí
60_1.	Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)	0	1
60_2.	Medicaid o New Jersey Family Care	0	1
60_3.	Beneficios del Seguro Social (de jubilación, de discapacidad, de familiares sobrevivientes)	0	1
60_4.	Medicare	0	1
60_5.	Estampillas para alimentos	0	1
60_6.	Prestaciones por desempleo	0	1
60_7.	Cualquier otra forma de asistencia estatal o local, además de aquellos mencionados (Por favor, especifique)	0	1

[Solo pregunte Pregunta 61 si la respuesta a 1a es “Respondedor de parte del consumidor”, y si Pregunta 4 equivale 7, 8 o 98]

61. ¿De cuál de las siguientes fuentes ha obtenido información para completar esta evaluación?

		No	Sí
61_1.	Historia Médica/ Plan de Servicio Individual (ISP por sus siglas en inglés))	0	1
61_2.	Guardián legal	0	1
61_3.	Miembro de la familia	0	1
61_4.	[nombre]	0	1
61_5.	Otros profesionales	0	1
61_6.	Su propio conocimiento de [nombre]	0	1
61_7.	Otro (Por favor, especifique) _____	0	1

IMPORTANTE: Casi está completada la encuesta. Si desea verificar sus respuestas o hacer cualquier corrección, por favor hágalo ahora.

Una vez que haya completado esta evaluación y enviado sus respuestas, no será capaz de hacer cualquier otro cambio.

Initials) ¿Es usted un miembro del personal de DDPI?

1. Sí (Si contestó "Sí") Por favor, proporcione sus iniciales en el cuadro abajo _____.
2. No

[Solo pregunte Interw_As_1 e Interw_As_2 si la respuesta a Initials es "No"]

Interw_As_1) ¿Alguien le ayudó completar esta encuesta?

1. Sí
2. No → **Pase al final**

Interw_As_2) Por favor proporcione el nombre de la persona que le ha ayudado, y su agencia en el cuadro abajo.

Nombre _____

Agencia _____

Cuando haya terminado, pulse el botón "Enviar" en la esquina inferior derecha de la pantalla para finalizar la encuesta.

Muchas gracias por completar la encuesta.

Sus respuestas han sido registradas y enviadas.

La División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de New Jersey se pondrá en contacto con usted en un futuro próximo según los siguientes pasos del proceso.