

Environmental Screening Questionnaire

RESEARCH EDITION



Caregiver's name: _____ Date: _____

Child's/children's name(s): _____

INSTRUCTIONS: Check **YES** or **NO** in the box that best fits your current situation. Check **CONCERN** if this is a problem for you or your family.

A. Education and Employment	YES	NO	CONCERN	
1. Are you a high school or GED graduate?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Do language problems get in the way of your finding or keeping a job?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Do you have problems with reading or writing?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Are you employed or enrolled in classes or job training?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Are you employed at the level you would like to be?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T
B. Housing	YES	NO	CONCERN	
1. Do you consider yourself homeless? (Examples include living in a shelter or car, or camping because you don't have a home or apartment.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Do you need to live with friends or family not by choice? (For example, you moved in with family because you can't afford housing.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Have you moved three or more times in the past year?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Is your housing in below-average condition? (For example, you have no hot or cold running water, a leaky roof, or an outdoor toilet.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Have you or your child/children witnessed violence in your home or neighborhood?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T
C. Child and Family Health	YES	NO	CONCERN	
1. Do you or does anyone in your home have major health problems? (Major means the problem is chronic and affects everyday life.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Do you and your family members have health insurance or access to regular medical and dental care?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Does anyone in your home have alcohol or drug problems?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Does anyone in your home have problems with depression, anger, or anxiety?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Do you have a child with a learning or behavior problem?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T

INSTRUCTIONS: Check **YES** or **NO** in the box that best fits your current situation. Check **CONCERN** if this is a problem for you or your family.

D. Economics and Finances	YES	NO	CONCERN	
1. Do you worry about having enough food for your family?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Does your income cover your monthly expenses?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Do you currently use support programs such as WIC, food stamps (SNAP), or Medicaid?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Do you have credit problems?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Do you have access to a phone when you need to make calls?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T
E. Family Life	YES	NO	CONCERN	
1. Do you have a spouse/partner who lives with you most of the time?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Do you have frequent spouse/partner conflicts?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Are you in a relationship in which you have been physically hurt, felt threatened, or been controlled by someone else?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Do you have child care that meets your family's needs?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Are you able to read, play, or sing with your child/children several times per week?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T
F. Community	YES	NO	CONCERN	
1. Does your family join in community activities? (Examples include going to the library, playing sports, going to church, or attending other community events.)	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
2. Do you have people to talk to about your problems?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
3. Does your child/do your children get along well with other children?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
4. Do you have friends or family who can help when you need it?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
5. Do you have regular transportation? (Examples include access to a car, bus, train, or subway.)	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	_____
If you checked CONCERN, what kind of help do you need?				_____T

_____ OT

Cuestionario para evaluar el entorno familiar

Edición en proceso de investigación



Adulto responsable del niño o niña: _____ Fecha: _____

Nombre de los niños o niñas: _____

INSTRUCCIONES: Marque **SÍ** o **NO** en la casilla que mejor describe su situación actual. Marque **MOTIVO DE PREOCUPACIÓN** si este es un problema para usted o para su familia.

A. Educación y empleo	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Ha terminado sus estudios de preparatoria/bachillerato (12 años de escolaridad) u obtenido su GED?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Ha sido difícil encontrar o mantener un trabajo por no hablar bien el idioma?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Tiene dificultades para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Tiene trabajo, está asistiendo a clases o a alguna capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Tiene un trabajo al nivel en el que le gustaría estar?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____ T			
B. Vivienda	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Se considera usted una persona sin hogar? (Por ejemplo, vive en un refugio, en un automóvil, o en una casa de campaña porque no tiene una casa o apartamento.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Vive con amigos o familia por necesidad? (Por ejemplo, se mudó con algún miembro de su familia porque no tiene suficientes recursos para tener su propia casa.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Se ha mudado 3 veces o más en el último año?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Su casa se encuentra en condiciones que están por debajo de lo que se considera aceptable? (Por ejemplo, no tiene agua caliente o un sistema de plomería que le suministre agua en su hogar, o un techo con goteras o un baño que esté fuera de la casa.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Han presenciado violencia en su casa o vecindario usted o su/s hijo/as?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____ T			
C. Salud del niño o niña y de la familia	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Tiene usted o alguien en su hogar problemas graves de salud? (Un problema grave es aquel que es crónico y que afecta la vida cotidiana.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Usted y su familia tienen seguro de salud o acceso a atención médica y dental?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Alguien en su hogar tiene algún problema con el alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Alguien en su hogar tiene problemas de depresión, agresividad o ansiedad?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Tiene algún/a hijo/a con problemas de aprendizaje o de conducta?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____ T			

INSTRUCCIONES: Marque **SÍ** o **NO** en la casilla que mejor describe su situación actual. Marque **MOTIVO DE PREOCUPACIÓN** si este es un problema para usted o para su familia.

D. Finanzas y economía familiar	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Le preocupa no tener suficiente comida para su familia?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Sus ingresos son suficientes para cubrir sus gastos mensuales?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Está participando en programas de apoyo tales como WIC, estampillas de comida (SNAP), o Medicaid?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Tiene problemas de crédito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Tiene acceso a un teléfono cuando necesita hacer llamadas?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____T			
E. Vida familiar	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Tiene una pareja que vive con usted la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Tiene conflictos con su pareja frecuentemente?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Está en una relación en la que ha sido lastimada/o físicamente, amenazada/o o en la que alguien la/lo controla?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Tiene acceso a servicios de cuidado infantil que cubran las necesidades de su familia?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Tiene tiempo para leer o para cantar con su/s hijo/s varias veces por semana?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____T			
F. Comunidad	SÍ	NO	MOTIVO DE PREOCUPACIÓN
1. ¿Su familia participa en actividades de la comunidad? (Por ejemplo, van a la biblioteca, juegan algún deporte, van a la iglesia o asisten a algún otro evento de la comunidad.)	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
2. ¿Tiene personas a su alrededor con las que puede hablar de sus problemas?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
3. ¿Su/s hijo/s se lleva/n bien con otros niños?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
4. ¿Tiene amigos o familiares que la/lo puedan ayudar cuando lo necesita?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
5. ¿Tiene acceso a un medio de transporte regularmente? (Por ejemplo, acceso a un automóvil, autobús, tren o metro.)	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v
Si usted marcó MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, ¿qué tipo de ayuda necesita?			
_____T			

_____ OT

ESQ Referral Summary

Child's/children's name(s): _____ Caregiver's name: _____ Date: _____

Person completing the form: _____ Title: _____ Rescreen Date: _____

Use this form to summarize ESQ results and decision-making regarding referrals and follow-up action based upon ESQ results. See **ESQ™ Guide** for further information.

- **Score:** Record area scores from ESQ. Add area scores for the overall total. *Follow up is recommended for any parent concern and for scores of 30 or higher in any area.*
- **Resource Need:** Review suggestions for resources in each ESQ area. Describe family requests and severity of need (significant or moderate). Indicate relevant resources and appropriate local agencies to assist with family needs.
- **Action Taken:** Describe action taken (contact information for referral agency, application, brochure, etc.). Indicate "No action taken" if family does not indicate a need for help.

ESQ AREA	SCORE	RESOURCE NEED	ACTION TAKEN
A. Education and Employment		GED classes ESL classes Financial aid Job training Other:	College entrance Credit counseling
B. Housing		Public housing Homeless shelter Other:	
C. Child and Family Health		Physical health Dental Other:	Mental health Insurance Addiction Child behavior
D. Economics and Finances		Food pantry TANF Other:	SNAP (food stamps) WIC program Credit counseling
E. Family Life		Couples counseling Child care Other:	Domestic violence Books for child Respite care
F. Community		<i>Specify available resources (faith-based, sports, camp, arts, community garden, library, parenting group, play group, public transportation):</i>	
Overall	Total		

Formulario ESQ para referir familias a servicios

Nombre de los niños o niñas: _____ Nombre del adulto responsable de los niños o niñas: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Profesión: _____ Fecha de la próxima evaluación: _____

Use este formulario para compilar los resultados del ESQ, así como para anotar cuál será el seguimiento y la decisión tomada en relación a referir a la familia a los servicios más apropiados según los resultados del ESQ. Consulte **la Guía ESQ™** para obtener más información.

- **Puntaje:** Transfiera el puntaje de cada área del ESQ. Sume el puntaje de todas las áreas para obtener el total. *Se recomienda que se haga un seguimiento para cualquier preocupación que anoten los padres y para cualquier puntaje que sea de 30 puntos o más en cualquiera de las áreas.*
- **Necesidad de un servicio:** Vea las sugerencias sobre servicios relevantes para cada área del ESQ. Escriba todo lo que la familia haya pedido y qué tan urgente es cada necesidad (moderada o significativa). Indique qué servicios serían relevantes, así como las agencias locales disponibles para ayudar a las familias con sus necesidades.
- **Determinación:** Escriba qué determinación se tomó (se proporcionó la manera de contactar a la organización sugerida, o se le dio una solicitud o volante a la familia, etc.). Marque "No se tomó ninguna determinación" si la familia no necesita ningún servicio o ayuda.

ÁREA DE DESARROLLO DEL ESQ	PUNTAJE	NECESIDAD DE UN SERVICIO	DETERMINACIÓN
A. Educación y empleo		Clases de GED Ingreso al colegio comunitario o universidad Asistencia económica Capacitación laboral Asesoría crediticia Otro:	
B. Vivienda		Vivienda pública Otro:	Albergues para personas sin hogar
C. Salud del niño o niña y de la familia		Salud física Salud dental Otro:	Salud mental Seguro de salud Adicciones Conducta infantil
D. Finanzas y economía familiar		Dispensa de comida Programa WIC Otro:	SNAP (estampillas de comida) TANF Asesoría crediticia
E. Vida familiar		Consejería para parejas Cuidado de relevo Libros para hijos/as Otro:	Violencia doméstica Guardería o cuidado infantil
F. Comunidad		<i>Especifique los recursos que estén disponibles en su comunidad (servicios religiosos/espirituales, deportes, campamentos, artes, jardines comunitarios, biblioteca, grupos para papás y mamás, grupos de juego, transporte público):</i>	
Observaciones generales	Total		