

CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL DEL/DE LA NIÑO/A

PANEL DE INFORMACIÓN DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL		SWIP
SWIP1. Número de grupo integrado: _____	SWIP2. Nombre y número del centro: NOMBRE _____	
SWIP3. Nombre y sexo del/de la niño/a o adolescente: NOMBRE _____ MASCULINO.....1 FEMENINO.....2	SWIP4. Nombre del/de la trabajador/a social: NOMBRE _____	
SWIP5. Nombre y número del/de la entrevistador/a: NOMBRE _____	SWIP6. Nombre y número del/de la supervisor/a: NOMBRE..... _____	
SWIP7. Día/Mes/Año: _____/_____/2020	SWIP8. Registre la hora de inicio:	HORAS . MINUTOS _____ . _____

<p>SWIP9. Hola, me llamo (<i>su nombre</i>) y soy uno/a de los entrevistadores que trabajan en un ejercicio para reunir información sobre los centros de asistencia residencial del país. Somos de (<i>nombre del organismo de ejecución principal</i>). Me gustaría hablar con usted acerca de la salud y el bienestar de (<i>nombre del/de la niño/a de SWIP3</i>). Toda la información que obtengamos será estrictamente confidencial y no se identificará el nombre de este centro ni se difundirá como parte de los resultados. Tampoco se revelará su nombre ni su información personal. La información que proporcione no afectará a su empleo ni a la situación del/de la niño/a en este centro. Tampoco afectará a las decisiones relativas a su colocación fuera de este centro. Si no quiere responder a una pregunta o desea detener la entrevista en cualquier momento, por favor, dígamelo.</p> <p>¿Puedo empezar ya?</p>		
¿Da su consentimiento?	SÍ.....1 NO.....2	1 ⇒ Módulo CCH 2 ⇒ SWIP15

SWIP15. <i>Resultado del cuestionario sobre el historial del/de la niño/a</i> <i>Comente cualquier resultado incompleto con el/la supervisor/a</i>	COMPLETADO	01
	COMPLETADO PARCIALMENTE	02
	EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL NO DA SU CONSENTIMIENTO	03
	OTRO (<i>especifique</i>)	06

HISTORIAL DEL/DE LA NIÑO/A Y ADOLESCENTE		CCH
CCH1. ¿En qué mes y año llegó (<i>nombre</i>) a este centro? <i>Intente registrar el año como mínimo.</i>	MES __ __ NS MES 98 AÑO __ __ __ __ NS AÑO 9998	<i>Si SE RESPONDE, CONTINÚE CON CCH3</i> 9998 ⇒ CCH2
CCH2. ¿Cuánto tiempo lleva (<i>nombre</i>) en este centro?	MENOS DE 6 MESES 1 ENTRE 6 MESES Y 1 AÑO 2 MÁS DE 1 AÑO 3 NS 8	
CCH3. Que usted sepa, ¿cuáles la razón principal por la que (<i>nombre</i>) vive en este centro? <i>Elija la opción que mejor represente la razón principal</i>	ABANDONO 1 SUFRIÓ ABUSO/VIOLENCIA 2 FALLECIMIENTO DEL CUIDADOR/TUTOR PRINCIPAL 3 DIFICULTADES ECONÓMICAS DEL TUTOR, CUIDADOR O FAMILIA 4 ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL POR PARTE DEL CUIDADOR O TUTOR PRINCIPAL 5 ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DEL CUIDADOR O TUTOR PRINCIPAL .. 6 ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DEL/DE LA NIÑO/A 7 DISCAPACIDAD DEL CUIDADOR O TUTOR PRINCIPAL 8 DISCAPACIDAD DEL/DE LA NIÑO/A 9 ENCARCELAMIENTO DEL CUIDADOR O TUTOR PRINCIPAL 10 ACCESO A LA EDUCACIÓN 11 MOTIVOS RELIGIOSOS O CULTURALES 12 CONFLICTO CON LA LEY 13 NACIDO/A FUERA DEL MATRIMONIO ... 14 VIVÍA EN LA CALLE 15 SE ESCAPÓ DE CASA 16 NS 98 OTRO (<i>especifique</i>) __ 96	

CCH4. ¿ Vivía (<i>nombre</i>) con una familia o en otro centro antes de llegar aquí?	CON SU PROPIA FAMILIA 1 CON OTRA FAMILIA 2 EN OTRO CENTRO 3 OTRO 4 NS 8	
CCH5. ¿ Dónde vivía (<i>nombre</i>) antes de llegar aquí?	MISMA REGIÓN, DISTRITO O PROVINCIA 1 OTRA REGIÓN, DISTRITO O PROVINCIA 2 OTRO PAÍS 3 NS 8	
CCH6. ¿ El padre y la madre naturales de (<i>nombre</i>) viven?	VIVEN AMBOS 1 SOLO VIVE LA MADRE 2 SOLO VIVE EL PADRE 3 AMBOS FALLECIERON 4 NS 8	
CCH7. ¿ Tiene (<i>nombre</i>) contacto con algún pariente?	SÍ 1 NO 2 NS 8	
CCH8. ¿ Tiene (<i>nombre</i>) algún pariente que viva en la misma región, distrito o provincia que este centro?	SÍ 1 NO 2 NS 8	
CCH9. ¿ Tiene (<i>nombre</i>) algún/alguna hermano/a que viva también en este centro?	SÍ 1 NO 2 NS 8	
CCH10. ¿ Se envió a (<i>nombre</i>) a este centro como consecuencia de una orden o decisión judicial de nombre de la autoridad competente ?	SÍ 1 NO 2 NS 8	

CCH11. ¿Se le ha asignado a (<i>nombre</i>) un/a trabajador/a social de nombre de la autoridad competente ?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	
CCH12. ¿Tiene (<i>nombre</i>) un plan de atención individual?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	2 ⇒ CCH15 8 ⇒ CCH15
CCH13. ¿El plan de atención individual de (<i>nombre</i>) ha sido evaluado por nombre de la autoridad competente durante los últimos tres meses?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	
CCH14. ¿El plan de atención individual de (<i>nombre</i>) incluye un plan para el momento en el que (<i>él/ella</i>) deje este centro?	SÍ, PARA LA REUNIFICACIÓN..... 1 SÍ, PARA LA ADOPCIÓN..... 2 SÍ, PARA UN HOGAR DE ACOGIDA 3 SÍ, PARA LA VIDA INDEPENDIENTE 4 SÍ, PARA OTRO CENTRO..... 5 NO HAY PLANES PARA QUE ÉL/ELLA DEJE ESTE CENTRO 6 NO..... 7 NS 8	
CCH15. ¿Tiene (<i>nombre</i>) certificado de nacimiento? <i>Si es ‘Sí’, pregunte:</i> ¿Puedo verlo?	SÍ, VISTO..... 1 SÍ, NO VISTO..... 2 NO..... 3 NS 8	1 ⇒ SWIP10 2 ⇒ SWIP10
CCH16. ¿El nacimiento de (<i>nombre</i>) fue registrado ante las autoridades civiles ?	SÍ..... 1 NO..... 2 NS 8	

SWIP10. <i>Registre la hora.</i>	HORAS Y MINUTOS ____ . ____	
SWIP11. <i>Idioma del cuestionario.</i>	ESPAÑOL1 IDIOMA 22 IDIOMA 33	
SWIP12. <i>Idioma de la entrevista.</i>	ESPAÑOL1 IDIOMA 22 IDIOMA 33 OTRO IDIOMA (especifique).....6	
SWIP13. <i>Lengua materna del/de la entrevistado/a.</i>	ESPAÑOL1 IDIOMA 22 IDIOMA 33 OTRO IDIOMA (especifique).....6	
SWIP14. <i>¿Se utilizó un traductor en alguna parte de este cuestionario?</i>	SÍ, TODO EL CUESTIONARIO1 SÍ, PARTE DEL CUESTIONARIO2 NO, NO SE UTILIZÓ3	
Complete SWIP15.		

OBSERVACIONES DEL/DE LA ENTREVISTADOR/A