

Red de Inventarios de Riesgo, Victorias, y Evaluación de Necesidades  
Formato de Reporte personal de NIRVANA (Siglas en inglés NSR)



Su nombre: \_\_\_\_\_

Identificación FLN: \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo problemas con la policía o fue arrestado?

- Más de 16     16     15     13 a 14     Menos de 13     Nunca he estado en problemas con la policía

¿Si quisiera buscar una arma de fuego, sabe dónde podría adquirirla?     No     SI

Por favor seleccione su situación actual en la escuela donde estudia:

- Graduado/GED     Registrado en jornada completa     Registrado medio tiempo     Suspendido     Abandonó     Expulsado

Por favor seleccione la asistencia que ha tenido a la escuela recientemente:

- N/A no estoy registrado en la escuela     Pocas ausencias justificadas     Sin ausencias injustificadas  
 Voy algunos días sin presentar una excusa o justificación     Algunas ausencias justificadas de un día completo  
 Falto a una clase por lo menos 15 veces o más durante el periodo de evaluaciones.

¿Qué calificaciones/notas obtuvo en su último boletín de calificaciones?

- No estoy inscrito en la escuela     En su mayoría A     En su mayoría A y B     En su mayoría B y C no F  
 En su mayoría C y D, algunas F     Algunas D y mayormente F

¿Sabe cómo encontrar y mantener un trabajo?

- Soy muy joven para tener un trabajo. (15 años o menos)     Necesito aprender a encontrar, postularme y mantener un trabajo.  
 Sé cómo encontrar y mantener trabajo si lo necesito.     He trabajado demasiado para recibir un sueldo.

¿Cómo describe a sus amigos? (Elija todas las Casillas necesarias)

- “En realidad no tengo amigos, depende del día.”     “Tengo amigos optimistas y que me apoyan.”  
 “A veces mis amigos me obligan a hacer cosas que no quiero hacer.”  
 “Es posible que mis amigos pertenezcan a pandillas o se vean en situaciones de pandillas”

¿Cuál es su situación de vida actual?

- Consistente/Familia Regular/miembros del hogar     Por ahora, nos quedamos en varios lugares hasta definir la situación.  
 Me quedo temporalmente en un hogar de refugio.     No sé dónde vivo/Sin hogar

¿Alguna vez se ha escapado de su casa?

- Nunca     Una vez     2 o 3 veces     4 o 5 veces  
 Más de 5 veces     En la actualidad me he escapado de casa

¿Cuándo sale, sus padres saben con quién está, a dónde va, o cuando regresa?

- Si     A veces     Nunca

En las últimas cuatro semanas, ¿sabe si hay alguna participación actual o del pasado de DFC (bienestar infantil) en su familia?

- Nunca     Hay una participación reciente de DCF     Actualmente hay una situación de DCF

¿Alguna vez ha probado alcohol? Por favor, elija todas las casillas que le correspondan:

- Nunca he tomado alcohol     He probado alcohol     No he probado alcohol (últimas 4 semanas)  
 Mi uso de alcohol es a causa del conflicto familiar     El uso interrumpe mi educación     El uso me causa problemas de salud  
 El uso interfiere con tener buenos amigos     El uso de alcohol contribuye con mi mal comportamiento  
 Necesito cantidades crecientes de alcohol para lograr el mismo o más alto nivel de intoxicación  
 Siento abstinencia si dejo de beber

¿Ha probado drogas? Por favor, elija todas las que le apliquen:

- Nunca he probado drogas     He probado drogas     No he usado drogas (últimas 4 semanas)  
 El uso de drogas es a causa del conflicto familiar     El uso interrumpe mi educación     El uso me causa problemas de salud  
 El uso interfiere con tener buenos amigos     El uso de drogas contribuye con mi mal comportamiento  
 Necesito cantidades grandes de droga para lograr el mismo o más alto nivel de intoxicación  
 Siento abstinencia si dejo de drogarme

<p>¿Piensa o ha pensado alguna vez en hacerse daño?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca he tenido pensamientos suicidas                      <input type="checkbox"/> He tenido serios pensamientos sobre el suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> He hecho un plan para suicidarme                                      <input type="checkbox"/> He intentado suicidarme.</p>	
<p>¿Alguna vez le han formulado medicamentos por problemas que no sean físicos? Por ejemplo, estado de ánimo, TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), etc.</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>A veces, los jóvenes que están fuera de casa pueden ser explotados y se les pide que realicen actividades sexuales a cambio de algo de valor. Estas actividades pueden incluir bailar, desnudarse, posar para fotos o sexo de cualquier tipo. ¿Alguna vez le han pedido que haga algo así?    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Alguna vez se ha dado cuenta que hace las cosas sin pensar primero? (Eso podría llevarlo a meterse en problemas si alguien se entera)</p> <p><input type="checkbox"/> En realidad no    <input type="checkbox"/> A veces    <input type="checkbox"/> A menudo    <input type="checkbox"/> Siempre</p>	
<p>¿Cree que la gente quiere que le pasen cosas buenas?    <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces                      <input type="checkbox"/> Quizás/algunas veces    <input type="checkbox"/> Nunca</p>	
<p>Cuando siente cosas como ira, miedo o tristeza (depresión), ¿sabe qué tipo de cosas puede hacer para manejar y resolver estos sentimientos?    <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> No realmente                      <input type="checkbox"/> A veces                      <input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</p>	
<p>¿Alguna vez pelea o intenta hacer daño a otras personas cuando se burlan de usted o de sus seres queridos?    <input type="checkbox"/> No, nunca                      <input type="checkbox"/> Si, casi siempre                      <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces                      <input type="checkbox"/> A veces                      <input type="checkbox"/> Rara vez</p>	
<p>¿Ha vivido alguna vez con un padre o cuidador que haya estado en la cárcel o en prisión?                      <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Se ha sentido alguna vez sin apoyo, sin afecto y/o desprotegido?</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Ha vivido alguna vez con un padre o cuidador que tuviera problemas de salud mental? (Por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, TEPT (Trastorno de Estrés Posttraumático) o un trastorno de ansiedad)</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Algún padre o cuidador le ha insultado, humillado o menospreciado alguna vez?    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Su padre biológico o algún cuidador ha tenido alguna vez, o tiene actualmente, problemas de consumo excesivo de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos recetados?</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Ha carecido alguna vez de los cuidados adecuados por parte de algún cuidador? (Por ejemplo, no haber sido protegido de situaciones inseguras, o no haber sido atendido cuando estaba enfermo o lesionado, aunque se dispusiera de los recursos necesarios; no haber tenido cubiertas las necesidades básicas como la alimentación, el alojamiento o el vestuario)</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Ha visto u oído alguna vez a un padre o cuidador ser gritado, maldecido, insultado o humillado por otro adulto? O, ¿ha visto u oído alguna vez a un padre o cuidador ser abofeteado, pateado, golpeado o herido con un arma?</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Algún adulto del hogar le ha empujado, agarrado, abofeteado o lanzado algo a menudo o muy a menudo? o, ¿alguna vez algún adulto de la casa le ha golpeado tan fuerte que le ha dejado marcas o le ha herido? o, ¿Alguna vez algún adulto de la casa le ha amenazado o ha actuado de forma que le hiciera temer que le pudiera hacer daño?</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Ha sufrido alguna vez abusos sexuales? (Por ejemplo, ¿alguien le ha tocado o le ha pedido que le toques de una manera no deseada, o le ha hecho sentir incómodo, o alguien ha intentado o ha tenido sexo oral, anal o vaginal con usted?)</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>¿Ha habido alguna vez cambios significativos en el estado de la relación de su(s) cuidador(es)? (por ejemplo, un padre o cuidador se divorció o se separó, o una pareja romántica se mudó o se fue)</p> <p><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>Firma del joven: _____ Fecha: _____</p>	