

# Carta SAFE Para Una Referencia

Para:

Fecha:

## REFERENCIA PARA:

Nombre de solicitante

El solicitante (arriba) ha aplicado a nuestra agencia para ser padre/madre de crianza y / o padre/madre adoptivo(a), y nos ha dado sus datos para que Usted sirva como referencia para el/ella. Durante el proceso de colocar a las familias que quieren adoptar y / o acoger a un niño(a)(s), llegamos a conocerlos hasta cierto punto. La información que proporcione Usted es muy importante para que nosotros podamos llegar a conocer a los solicitantes mucho mejor.

Agradeceríamos mucho si podría responder a las siguientes preguntas y devolver el formulario completado lo más pronto posible. Si tiene alguna pregunta acerca de esta solicitud, o prefiere hablar directamente conmigo, me puede llamar al número de teléfono que aparece al final de este cuestionario.

### 1. Cuánto tiempo ha conocido Usted al solicitante y cómo lo/la conoce?

### 2. De las siguientes características, ¿cuáles describen al solicitante? *(Marque todos los que correspondan)*

- |  |                                      |  |                                    |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extrovertido  | <input type="checkbox"/> Tímido      | <input type="checkbox"/> Agresivo              | <input type="checkbox"/> Activo    |
| <input type="checkbox"/> Honesto       | <input type="checkbox"/> Feliz       | <input type="checkbox"/> Amigable              | <input type="checkbox"/> Emocional |
| <input type="checkbox"/> Responsable   | <input type="checkbox"/> Nervioso    | <input type="checkbox"/> Serio                 | <input type="checkbox"/> Terco     |
| <input type="checkbox"/> Apoyador      | <input type="checkbox"/> Rígido      | <input type="checkbox"/> Trabajador            | <input type="checkbox"/> Tranquilo |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Involucrado | <input type="checkbox"/> Seguro de sí mismo    | <input type="checkbox"/> Flexible  |
| <input type="checkbox"/> Compasivo     | <input type="checkbox"/> Divertido   | <input type="checkbox"/> Compulsivo            | <input type="checkbox"/> Asertivo  |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo     | <input type="checkbox"/> Cuidadoso   | <input type="checkbox"/> Buen sentido de humor |                                    |
| <input type="checkbox"/> Enojón:       |                                      |  |                                    |

¿Qué otras palabras usaría Ud. para describirle?:

### 3. ¿Qué tipo de experiencia ha tenido el solicitante con niños en general?

**4. El solicitante es capaz de proporcionar amor y seguridad a un niño.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Un poco de acuerdo
- No estoy de acuerdo
- Mu yen desacuerdo

**5. Usted sabe si el solicitante está afiliado a algún grupo u organización que promueve creencias o valores que parecen ser incompatibles con ser padre/madre responsable o que le causa a Usted alguna preocupación?**

- Sí                       No                      En caso afirmativo, por favor explique:

**6. ¿El solicitante ha exhibido alguna vez cualquiera de los siguientes comportamientos? (Marque todos los que correspondan)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El uso excesivo de alcohol     | <input type="checkbox"/> Falta de buen historial de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Pornografía infantil           | <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia infantil       |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas                | <input type="checkbox"/> Comportamiento violento            |
| <input type="checkbox"/> Mala administración del dinero | <input type="checkbox"/> El juego (apuestas) compulsivo     |
| <input type="checkbox"/> Conducta sexual inapropiada    | <input type="checkbox"/> Actividades ilegales               |
| <input type="checkbox"/> Pornografía                    | <input type="checkbox"/> Otro:                              |
| <input type="checkbox"/> No que yo sepa                 |   |

**7. ¿El solicitante ha experimentado cualquiera de las siguientes condiciones? (Marque todos los que correspondan)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental                | <input type="checkbox"/> Ansiedad             |
| <input type="checkbox"/> Depresión                        | <input type="checkbox"/> Tendencias suicidas  |
| <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo          | <input type="checkbox"/> Falta de buen juicio |
| <input type="checkbox"/> Peligro a sí mismo o a los demás | <input type="checkbox"/> Otro:                |
| <input type="checkbox"/> No que yo sepa                   |   |

**8. Si marcó cualquiera de las conductas/condiciones en las preguntas 6 o 7, favor de explicar:**

**9. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen el nivel de apoyo que recibe el solicitante de sus amigos, familiares, la comunidad e instituciones religiosas?** *(Por favor marque todos los que corresponden)*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muchos amigos cercanos            | <input type="checkbox"/> Varios amigos cercanos                           | <input type="checkbox"/> Pocos o ningún amigo cercano            |
| <input type="checkbox"/> Muchos contactos familiares       | <input type="checkbox"/> Varios contactos familiares                      | <input type="checkbox"/> Pocos o ningún contacto familiar        |
| <input type="checkbox"/> Muchos conocidos                  | <input type="checkbox"/> Varios conocidos                                 | <input type="checkbox"/> Pocos o ningún conocido                 |
| <input type="checkbox"/> Activo en la comunidad            | <input type="checkbox"/> Algo de participación en la comunidad            | <input type="checkbox"/> No participa en la comunidad            |
| <input type="checkbox"/> Activo en una comunidad religiosa | <input type="checkbox"/> Algo de participación de una comunidad religiosa | <input type="checkbox"/> No participa en una comunidad religiosa |

**10. ¿Usted se sentiría cómodo permitiéndole al solicitante que cuide a su hijo de forma permanente si Usted no fuera capaz de hacerlo?**

- Muy cómodo       Cómodo       Incómodo       Muy incómodo

**11. ¿Hay algo que no hemos tratado en este cuestionario que cree que sería importante para nosotros saber acerca del solicitante?**

- Sí       No      En caso afirmativo, explique:

**Por favor, proporcione un número de teléfono para que podamos comunicarnos con Usted si tenemos alguna pregunta.**

Teléfono durante el día:

Teléfono durante la noche:

Teléfono celular:

Su nombre:

Su dirección:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por tomar el tiempo para completar este cuestionario.

Nombre de la persona haciendo el estudio del hogar:

Teléfono:

Nombre de agencia:

Dirección:

[Check for form updates](#)