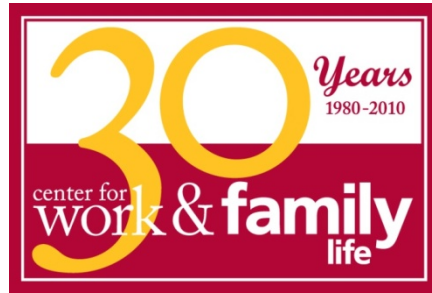


Centro para el trabajo y la vida familiar (CWFL)—FORMA DE LA EVALUACIÓN



POR FAVOR RESPONDER A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. AL TENER ESTA INFORMACIÓN ANTES DE NUESTRA ENTREVISTA, MÁS TIEMPO PUEDE SER DEDICADO A HABLAR SOBRE SUS PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS.

University of Southern California
3375 South Hoover Suite E206
Los Angeles, California 90007-7794
Tel: 213 821 0800

www.usc.edu/worklife

Uso de la oficina

Case I.D. Number _____

Staff Code _____

Date _____

Centro para el trabajo y la vida familiar (CWFL)—FORMA DE LA EVALUACIÓN

6/15/11

Responde por favor a cada uno de los artículos abajo. Comprueba tantos o todos los que se apliquen. *Toda la información es estrictamente confidencial.*

1. ESTADO CIVIL ACTUAL

- Casado
- Solo—nunca se ha casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Sociedad doméstica
- Otro – Especifique _____

2. EDAD _____

3. ARREGLOS DE VIVIENDA

- Solo
- Esposo / Socio
- Esposo / Socio / Niños (EDADES _____)
- Niños (EADADES _____)
- Compañero (s) de cuarto
- Padre (s)
- Hermano (s)
- Otro – Especifique _____

4. RAZA

- Asiático
- Africano-Americano
- Blanco
- Hispano / Latino
- De varias razas
- Indio Americano
- Otro – Especifique _____

5. ¿CUAL PLAN DE SALUD TIENE?

6. ¿CUÁNTO TIEMPO HA TRABAJADO USTED PARA USC?

(Si es familiar, duración del empleo del personal o profesor)

____ Años _____ Meses

7. ESTADO DEL EMPLEO

- USC Profesor (Con La Tenencia)
- USC Profesor (Persiguiendo la Tenencia)
- USC Profesor (Sin – Tenencia)
- Personal de USC
- Bibliotecario (Profesorado)
- Bibliotecario (No – Profesorado)
- Médico
- Veterano
- Dependiente de personal o profesor de USC
- Esposo / Socio de personal o profesor de USC
- Otro – Especifique _____

8. SI ES PERSONAL, ELIGE POR FAVOR LA CATEGORÍA QUE REFLEJA MEJOR SU TRABAJO

- Ejecutivo
- Administrativo
- Profesionales (no del profesorado)
- Recepcionista/ Ayudante de oficina
- Coordinadora administrativa
- Técnica para-profesionales
- Servicio de personal

9. LUGAR DE TRABAJO (Marque todo que aplica)

- University Park Campus (UPC)
- Health Sciences Campus (HSC)
- Marina del Rey (ICT or ISI)
- Doheny Eye Institute
- HSC, Alhambra
- Los Angeles Centro
- Children's Hospital
- Orange County Centro
- Otro – Especifique _____

10. ¿CÓMO ESCUCHÓ DE CWFL?

- Directorio de la universidad
- Compañero de trabajo
- Decano / Director / Director de departamento
- Hoja de anuncio
- Recursos humanos / Departamento de personal
- Orientación del empleado
- Médico
- Postal
- Usó anteriormente CWFL
- Pariente
- Supervisor
- Entrenamiento/ Seminario
- Sitio web
- Otro – Especifique _____

11. ¿HA RECIBIDO UD. ANTERIORMENTE SERVICIOS DE CWFL?

NO _____ Sí (fechas aproximadas _____)

12. ¿HA RECIBIDO UD. CONSEJERÍA O TERAPIA POR OTRO LUGAR?

NO _____ Sí (fechas aproximadas _____)

13. ¿HA SIDO UD. INTERNADO PARA DIFICULTADES SICOLÓGICAS?

NO _____ Sí (fechas aproximadas _____)

14. ¿MEDICAMENTOS PARA DIFICULTADES SICOLÓGICAS?

NO _____ Sí (medicina/ dosis _____)

6/15/11

Centro para el trabajo y la vida familiar (CWFL)—FORMA DE LA EVALUACIÓN

Responde por favor a cada uno de los artículos abajo. Comprueba tantos o todos los que se apliquen. *Toda la información es estrictamente confidencial.*

15. ASUNTO PRINCIPAL – Describa por favor las razones que lo motivaron más para venir aquí hoy:

16. OBJETIVOS – ¿Qué quieres que suceda como resultado de la utilización de los servicios de CWFL?

17. ASUNTOS PERSONALES

Depresión

Ansiedad (ataques de pánico, miedos, preocupaciones, obsesiones)

Presión emocional general

Perdida de la memoria o de la concentración

Pensamientos incontrolables o perturbadores

Problemas de comer o de peso

Trastornos del sueño

Dificultades sexuales

Asalto físico / sexual

Problema legal (Especifique) _____

Presión financiera

Problema de vivienda

Dificultades por controlar el coraje

Amenazas o comportamiento violento

Pensamientos de suicidarse

18. USO DEL ALCOHOL, LAS DROGAS Y EL TABACO

¿Con qué frecuencia usa Ud. bebidas alcohólicas? _____

En los días que toma Ud., ¿cuántas bebidas tiene? _____

¿Con qué frecuencia tiene Ud. 5 o más tragos por día? _____

¿Fuma Ud. cigarros de base diario? _____

Me preocupo por mi forma de tomar

Me preocupo por mi uso de las drogas

No me preocupo por tomar ni por uso de drogas

Miembro de familia tiene problema de alcohol o drogas

Dificultades acostumbrarme a la sobriedad

Hijo adulto de un alcohólico

Me preocupo por mi manera de comer

Me preocupo por mis juegos de azar

Me preocupo por mi comportamiento sexual

Me preocupo por mi manera de gastar/ comprar

Me preocupo por mi forma de fumar

19. ASUNTOS FAMILIARES Y SOCIALES

¿Esta Ud. en una relación? _____ Si sí, ¿cuánto tiempo? _____

Si sí, valore por favor su relación en una escala de 1 a 10*

Presión de la familia

Problemas de matrimonio / pareja

Separación/ divorcio

Problemas con la amistad o la vida social

Dificultades de hijos/ padres

Dificultades de padre/ madre mayor

Problemas de cuidado de niños

La muerte de un miembro de la familia

Miembro de la familia tiene condición de salud mental

Dificultades para adaptarme a una nueva cultura

20. ASUNTOS DE SALUD

Valore por favor su estado de salud física en una escala 1 a 10* _____

Valore por favor la calidad de su sueño en una escala 1 a 10* _____

¿Cuántas veces por semana hace Ud. ejercicio? _____

Síntomas físicos (dolores generales, dolores de cabeza, etc.)

Mi condición física es una preocupación

Problemas de apetito o forma de comer

Deshabilidad o problema grave de salud física

21. ASUNTOS DEL TRABAJO

Valore por favor su satisfacción con el trabajo en una escala 1 a 10* _____

Problemas con subordinado (s)

Problemas con compañero de trabajo/ colega

Problemas con supervisor / Director del departamento

Alto nivel de conflicto en el departamento

Cambio organizacional (nuevo supervisor, despidos)

Carga de trabajo excesiva o demandas de empleo

Problemas con las horas de trabajo o rutina

Moral baja del trabajo

Las tareas de trabajo son aburridas o sin reto

Ambiente de trabajo es desagradable (mucho ruido)

Dificultad para conciliar la vida familiar y el empleo

Falta de movilidad ascendente

Barreras idiomáticas o culturales

Acoso sexual (comentarios inapropiados, gestos, contacto)

Discriminación (sexo, edad, raza, religión, orientación sexual, etc.)

22. ASUNTOS DE CARRERA

Adaptación a cambio de carrera o la posición

Deseo de cambiar de carrera o la posición

Problemas con la promoción, la tenencia, la retención

Planear par la jubilación

23. OTRO – Por favor describa otros problemas o preocupaciones:

Responde por favor a cada uno de los artículos abajo. Comprueba tantos o todos los que se apliquen. *Toda la información es estrictamente confidencial.*

24. MEDIDAS QUE LE HAN AFECTADO (12 MESES PASADOS)

- Advertencia verbal
- Advertencia escrita
- Suspensión
- Terminación
- Plática informal con el supervisor
- Otra – Especifique _____
- Ningunas

25. MEDIDAS QUE HA TOMADO (12 MESES PASADOS)

- Queja verbal al supervisor/ Director del departamento
- Queja escrita al supervisor/ Director del departamento
- Queja interpuesta a las oficinas de Recursos Humanos, Equidad y Diversidad, Resoluciones de Empleados, u otra oficina (especifique _____)
- Contacto con representante de la unión
- Demanda interpuesta/ pendiente
- Ningunas

26. DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿CUÁNTAS VECES HAN OCURRIDO LOS SIGUIENTES SUCESOS?

- # veces _____ Accidentes en el trabajo
- # veces _____ Visitas al doctor
- # veces _____ Tarde al trabajo, reuniones o promesas profesionales
- # veces _____ Días de ausencia del trabajo (excluyendo vacaciones y días de fiesta)

27. ¿ESTÁ ESTABLE Y SEGURA SU SITUACIÓN DE TRABAJO?

- Sí No No sé
- SI NO, ¿HAY PELIGRO DE PERDER EL TRABAJO EN ESTE MOMENTO?**
- Sí No No sé

28. VALORE POR FAVOR SU DESEMPEÑO DEL TRABAJO ACTUAL

- Superior
- Más que satisfactorio
- Mejoramiento necesario
- Insatisfactorio
- No aplicable

29. EN ESTE MOMENTO, ¿CUÁNTO AFECTAN SUS PROBLEMAS SU DESEMPEÑO DEL TRABAJO?

- Nada
- Ligeramente
- Moderadamente
- Gravemente
- No aplicable

30. EN ESTE MOMENTO, ¿CÓMO DESCRIBIRÍA UD. SU SENTIDO GENERAL DE FUERZA EMOCIONAL Y BIENESTAR?

- Excelente
- Sobre promedio
- Promedio
- Debajo de lo promedio
- Pobre

GRACIAS POR LLENAR ESTE FORMA