**Encuesta familiar Parte C de Wyoming BHD**

Esta es una encuesta para padres de hijos que han recibido servicios de intervención temprana. Sus respuestas ayudarán a orientar nuestros esfuerzos para mejorar los servicios y los resultados para los niños y sus familias. Responda cada pregunta según sus experiencias en 2021-22.***¡Gracias!***

|  |
| --- |
| **A. Información general** |

1. ¿En qué país o reserva recibe servicios su hijo? *(Circule una respuesta)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Condado de Albany - Región 11  Condado de Big Horn - Región 1  Condado de Campbell - Región 13  Condado de Carbon - Región 8  Condado de Converse - Región 10  Condado de Crook - Región 3  Condado de Fremont - Región 6  Condado de Goshen - Región 10 | Condado de Hot Springs - Región 1  Condado de Johnson - Región 2  Condado de Laramie - Región 12  Condado de Lincoln - Región 5  Condado de Natrona - Región 9  Condado de Niobrara - Región 10  Condado de Park - Región 1  Condado de Platte - Región 10 | Condado de Sheridan - Región 2  Condado de Sublette - Región 4  Condado de Sweetwater - Región 7  Condado de Teton - Región 4  Condado de Uinta - Región 5  Condado de Washakie - Región 1  Condado de Weston - Región 3  Reserva de Wind River - Región 14 |

2. Edad actual de mi hijo (meses): *(Circule una respuesta)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Menos de 1 mes  1  2  3  4  5 | 6  7  8  9  10  11 | 12 (1 año)  13  14  15  16  17 | 18 (1,5 años)  19  20  21  22  23 | 24 (2 años)  25  26  27  28  29 | 30 (2,5 años)  31  32  33  34  35 | 36 (3 años)  36+ |

3. Edad de mi hijo (meses) al ser derivado por primera vez al programa: *(Circule una respuesta)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Menos de 1 mes  1  2  3  4  5 | 6  7  8  9  10  11 | 12 (1 año)  13  14  15  16  17 | 18 (1,5 años)  19  20  21  22  23 | 24 (2 años)  25  26  27  28  29 | 30 (2,5 años)  31  32  33  34  35 | 36 (3 años)  36+ |

4. ¿Cuál es la raza/etnia de su hijo? *(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)*

|  |  |
| --- | --- |
| Hispano/Latino  Asiático  Indio Americano/Nativo de Alaska | Negro/Afroamericano  Nativo de Hawái/Islas del Pacífico  Blanco/Caucásico |

5. Indique todos los servicios que reciben su hijo y su familia a través de IFSP: *(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tecnología, dispositivo y servicio asistencial  Servicios audiológicos  Formación familiar, asesoría y visitas a domicilio  Servicios sanitarios  Servicios médicos  Servicios de enfermería | Servicios de nutrición  Terapia ocupacional  Terapia física  Servicios psicológicos  Servicios de coordinación de servicios  Servicios de lenguaje de signos y con claves | Servicios de trabajo social  Instrucción especial  Servicios de patologías del lenguaje y el discurso  Transporte  Servicios de visión  Otros (especifique, por favor)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

6. ¿Le ayudan los servicios suministrados a través de su IFSP a asistir a su hijo con las rutinas cotidianas? *(Circule una respuesta)*

1 Sí

2 No

6a. Si ha respondido que no, explique por qué no le ayudan los servicios.

6b. Si ha respondido que no, ¿qué servicios deberían haberse incluido? *(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tecnología, dispositivo y servicio asistencial  Servicios audiológicos  Formación familiar, asesoría y visitas a domicilio  Servicios sanitarios  Servicios médicos  Servicios de enfermería | Servicios de nutrición  Terapia ocupacional  Terapia física  Servicios psicológicos  Servicios de coordinación de servicios  Servicios de lenguaje de signos y con claves | Servicios de trabajo social  Instrucción especial  Servicios de patologías del lenguaje y el discurso  Transporte  Servicios de visión  Otros (especifique, por favor)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

7. ¿Están sus servicios IFSP disponibles todo el año (12 meses)? *(Circule una respuesta)*

1 Sí

2 No

7a. Si ha respondido que no a esta pregunta, indique qué meses no estuvieron disponibles sus servicios.

7b. Indique por qué no estuvieron disponibles los servicios durante este periodo. *(Circule una respuesta)*

1 Debido al proveedor de servicios

2 Debido al programa familiar

3 Otros (especifique, por favor)

|  |
| --- |
| **B. Sus Puntuaciones** |

***Para cada declaración a continuación, califique su nivel de acuerdo con la declaración haciendo un círculo en el número (si está "de acuerdo" con la declaración, encierre en un círculo 4).***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Totalmente en Desacuerdo** | **Muy en Desacuerdo** | **En Desacuerdo** | **De acuerdo** | **Muy de Acuerdo** | **Totalmente de Acuerdo** |
| 1. Entiendo cómo se determinan los servicios en mi Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Conozco los derechos de mi hijo y mi familia en relación con los servicios de intervención temprana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Sé dónde acudir para obtener apoyo para cubrir las necesidades de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. He recibido información y recursos que me ayudarán a apoyar el desarrollo de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. He recibido ayuda sobre cómo realizar cambios en las rutinas de mi familia beneficiosos para las necesidades de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Utilizo actividades que ayudan al desarrollo de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Entiendo las funciones y responsabilidades de las personas que figuran en el IFSP de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. He recibido información sobre otros servicios comunitarios disponibles para mi hijo y mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Tengo acceso a los servicios y ayudas que mi hijo necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Puedo evaluar el progreso realizado por mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | **Totalmente en Desacuerdo** | **Muy en Desacuerdo** | **En Desacuerdo** | **De acuerdo** | **Muy de Acuerdo** | **Totalmente de Acuerdo** |
| 11. Me comunico cómodamente con las personas que trabajan con mi hijo y mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Entiendo las necesidades de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Los servicios de intervención temprana me han ayudado a entender las necesidades sociales/emocionales de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Recibí información sobre las rutinas, actividades y entornos físicos que apoyan las necesidades de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Como resultado de los servicios de intervención temprana, mi hijo es capaz de gestionar mejor sus emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuánto han ayudado los servicios de intervención temprana a...** | **Muy poco** | **Poco** | **Ni mucho ni poco** | **Bastante** | **Mucho** |
| 16. ...hablar con usted sobre lo que piensa que es importante para su hijo y su familia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. ...proporcionarle información útil sobre cómo ayudar a su hijo a adquirir nuevas habilidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |
| --- |
| **C. Comentarios** |

1. Incluya cualquier comentario u opinión adicional que tenga sobre su experiencia con los servicios de intervención temprana.

|  |
| --- |
| **D. Información adicional** |

Las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar hasta qué punto estamos sirviendo adecuadamente a todas las familias.

1. ¿Cuáles son los ingresos medios aproximados de su hogar? *(Circule una respuesta)*

1 $0-$19,999

2 $20,000-$39,999

3 $40,000-$59,999

4 $60,000-$79,999

5 $80,000-$100,000

6 $100,000+

2. ¿Cuántos niños viven en su hogar (hasta 17 años)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_