

Encuesta sobre el centro de recursos familiares (Family Resource Center)

Queremos saber si nuestros servicios los han ayudado a usted y su familia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Favor de responder las preguntas honestamente. Su participación es voluntaria y sus respuestas serán confidenciales. ¡Gracias!

Fecha de hoy (dd/mm/aa): _____

1. ¿En qué idioma prefiere recibir servicios? (marque sólo una)
 - Inglés Español Mixteco Otro, favor de especificar: _____

2. ¿Qué origen étnico o raza mejor lo describe? (marque sólo una)
 - Nativo de Alaska/Indio americano Hispano/latino Multirracial
 - Asiático Isleño del Pacífico Otro, favor de especificar: _____
 - Negro / afroamericano Blanco

3. ¿Cómo cuánto tiempo ha estado visitando este centro de recursos familiares (Family Resource Center)?
 - Menos de un mes 1-6 meses 7-12 meses Más de un año

4. ¿La ubicación de este centro de recursos familiares fue práctico para usted? Sí No

5. ¿Fueron ofrecidos los servicios en horarios que eran prácticos para usted? Sí No

6. ¿El centro de recursos familiares fue agradable y acogedor? Sí No

¿Qué tan útil ha sido <u>el personal del programa</u> cuando se trata de...	Muy útil	Algo útil	No muy útil	Nada útil
7. Hablar con usted acerca de lo que usted piensa que es importante para su hijo y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Escuchar lo que usted tenía que decir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preguntarle acerca de las fortalezas, necesidades e intereses de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entender sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trabajar respetuosamente con su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Respetar su cultura y tradiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Comunicarse con usted en su idioma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ponerlo en contacto con otras familias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Darle acceso a una gama de servicios que son de ayuda para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Crear un ambiente agradable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De proporcionarle los servicios y / o recomendaciones que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Responder a sus necesidades de manera oportuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Favor de voltear la página para completar esta encuesta

Como resultado de este programa ...	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19. Sé con quién debo comunicarme en la comunidad cuando necesito ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. El problema que me trajo aquí ha mejorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se cumplieron mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Estoy alcanzando las metas que me propuse para mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tengo menos estrés en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tengo otros a los que puedo acudir si hay una crisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Díganos que fue lo más útil de los servicios que recibí.

26. Díganos si hay algo que no le gustó acerca de los servicios que recibí.

27. ¿Qué necesidades tuyas, si hubo alguna, **no fue** resuelta por los servicios del centro de recursos familiares (Family Resource Center)?

28. ¿Qué sugerencias tiene para hacer que nuestros servicios sean más útiles para otras familias? _____

	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
29. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con los servicios que recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy cómodo	Cómodo	Incómodo	Muy incómodo
30. En general, ¿qué tan cómodo se siente con el personal del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Recomendaría estos servicios a otros?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	

¡Gracias por su participación!

Para uso del personal solamente

Ubicación: _____