

Encuesta sobre el aprendizaje temprano para padres y niños juntos (se llama PACT por sus siglas en inglés)

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!

Nombre de la clase _____ La fecha de hoy (dd/mm/aa): _____

La hora de inicio de clases (horas: minutos): _____

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 participado en este programa?

Menos de un mes 1-6 meses 7-12 meses Más de un año

4. ¿Aproximadamente, ¿cuántas veces ha asistido a este programa?

1-2 veces 3-4 veces 4-6 veces Más de 6 veces

5. ¿La ubicación de este programa fue práctica para usted? Sí No

6. ¿El ambiente fue agradable y acogedor? Sí No

7. ¿Este programa fue ofrecido en horarios prácticos para usted? Sí No

¿Qué tan útil ha sido el personal del programa cuando se trata de...

Muy útil Algo útil No muy útil Nada útil

8. 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"/>
9. escuchar lo que usted tenía que decir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. trabajar respetuosamente con su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. trabajar respetuosamente con su usted?	<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 otros padres de familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. darle información útil sobre el desarrollo de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. darle información útil sobre cómo ayudar a su hijo a aprender nuevas habilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. demostrarle diferentes formas de jugar e interactuar con su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. compartir ideas sobre cómo apoyar el comportamiento de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. señalar las cosas que usted hace que ayudan a su hijo a aprender y crecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. preguntarle acerca de las fortalezas, necesidades e intereses de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. demostrarle la importancia de leerle a menudo a su hijo?	<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
22. dedico más tiempo jugando e interactuando con mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. le estoy leyendo a mi hijo más a menudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. voy a la biblioteca con más frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. mi hijo ve la televisión con menos frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. interactúo con otros padres más a menudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. tengo ahora otras familias en las que puedo depender para apoyo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. tenemos mejores rutinas en el hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. soy capaz de responder mejor a las señales de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. me he dado cuenta que mi hijo ha desarrollado y aprendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. me llevo mejor con mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. me siento más cerca de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. el comportamiento de mi hijo ha mejorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. puedo apoyar mejor el comportamiento de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Díganos que fue lo más útil acerca de los servicios que recibí.

36. Díganos cómo han cambiado sus interacciones con su hijo desde que participa en este programa.

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

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

	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
39. En general, ¿qué tan satisfecho está con este programa para usted y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy cómodo	Cómodo	Incómodo	Muy incómodo
40. En general, ¿qué tan cómodo se siente con el personal del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Recomendaría esta clase a los demás?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	

¡Gracias por su participación!

Para uso del personal solamente

Ubicación: _____ Numero de sesiones: _____