

Encuesta para el padre de familia

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!

I. SALUD Y EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

1. ¿Tiene un lugar habitual a donde ir cuando su hijo está enfermo o necesita consejos sobre salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Le han hecho una revisión médica rutinaria a su hijo en los últimos 12 meses (una visita al médico no relacionada con enfermedad o lesión)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. ¿Tiene su hijo actualmente seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Cuál es el lugar habitual o médico habitual donde usted lleva a su hijo para atención médica rutinaria y revisiones?			
<input type="checkbox"/> Oficina del doctor, clínica privada o HMO	<input type="checkbox"/> Nunca he llevado a mi hijo a una atención médica rutinaria		
<input type="checkbox"/> Departamento de salud pública o centro de salud comunitario/clínica	<input type="checkbox"/> Prefiero no mencionarlo		
<input type="checkbox"/> Sala de emergencia en un hospital	<input type="checkbox"/> Otro, favor de especificar: _____		
5. ¿Ha tenido su hijo un examen dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
6. ¿Tiene su hijo un dentista habitual que visita con regularidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
7. Desde que comenzó a recibir servicios de First 5, su hijo ha sido referido para una evaluación del desarrollo (por ejemplo, ¿le han pedido completar una lista de actividades que su hijo puede hacer, como ciertas tareas físicas, si es que su hijo puede dibujar ciertos objetos o formas en qué se comunica su hijo con usted)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
Si "NO", pase a la pregunta 8 de			
a. Si usted recibió una referencia, ¿se hizo una evaluación del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si "NO", pase a la pregunta 8 de			
b. Si se hizo una evaluación del desarrollo, ¿fue identificada la preocupación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si "NO", pase a la pregunta 8 de			
c. Si fue identificada la preocupación, ¿ha recibido su hijo servicios de seguimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

II. ACTIVIDADES

8. En una semana normal, ¿cuántos días usted o cualquier otro miembro de su familia leen cuentos o miran libros ilustrados con su hijo? 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días Nunca
9. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa su hijo por lo general frente a un pantalla (por ejemplo: viendo televisión o videos, o jugando en la computadora, teléfono o tableta, etc.)?
- Nada 1 hora o menos 2 horas 3 horas 4 horas o más

Favor de marcar la respuesta que mejor lo describa.	Siem- pre	Casi siempre	A veces	Nun- ca	No es aplicable
10. Mi hijo pequeño o de edad preescolar, se le proporciona de 1-2 horas de actividad física cada día (por ejemplo, jugar al aire libre, deportes, bailar o correr) para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi hijo come al menos cinco porciones de frutas y verduras (como plátanos, manzanas, judías verdes, o ensalada verde) durante el transcurso del día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Favor de marcar la respuesta que mejor lo describa.	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No es aplicable
12. Mi hijo bebe agua en las comidas y durante todo el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Cuántos vasos o latas de gaseosas u otras bebidas de frutas azucaradas, deportivos o de bebidas energéticas bebe su hijo durante el transcurso del día?	Ninguno <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>

III. RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Pensando en usted y su hijo <u>DURANTE EL MES PASADO</u> , favor de marcar la respuesta que mejor lo describa.	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No es aplicable
14. Sé cómo obtener los servicios que necesito para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Estoy recibiendo los servicios que necesito para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hablo con alguien cuando estoy preocupado por mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Obtengo respuestas para mis preguntas acerca de la crianza de los hijos o del desarrollo de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tengo lugares en mi comunidad para obtener los recursos que necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tengo lugares en mi comunidad donde voy a reunirme con otros padres de familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. CRIANZA DE LOS HIJOS

Pensando en sus interacciones con su hijo <u>DURANTE EL MES PASADO</u> , favor de marcar la respuesta que mejor lo describa.	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
20. Entiendo el desarrollo de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Soy capaz de saber si mi hijo está progresando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sé cómo ayudar a mi hijo a desarrollarse y aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sé cómo ayudar a mi hijo a comportarse de la manera que mi familia quiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Soy capaz de ayudar a mi hijo a aprender y practicar nuevas habilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Yo sé qué esperar de mi hijo basado en su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo encargarme de los problemas que surgen cuando cuido a mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Creo que tengo las habilidades para ser un buen padre para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me siento seguro como padre de familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Ubicación: _____

Label for Client ID/Family ID here

FECHA (MM / DD / AA): _____

Etiqueta irá aquí