Evaluación de
MINNESOTA
Salud y Desarrollo
INDICADORES DE CALIDAD
de los Niños

REPRODUCIBLE MASTER
ENCUESTA PARA LA FAMILIA

Spanish Language Version

Minnesota Department of Education

MINNESOTA MDH DEPARTMENT OF HEALTH

Minnesota Department of Human Services

Evaluación de Salud y Desarrollo de los Niños

Encuesta para la familia

Esta encuesta para la familia tiene el fin de ayudarnos a mejorar el proceso de la evaluación a edad temprana por el que usted recientemente pasó con su niño(a). Nos interesa saber si el programa de evaluación le sirvió para entender mejor a su niño(a).

Esta encuesta es confidencial. Sus respuestas no serán asociadas directamente con su familia.

El no querer participar en esta encuesta no impedirá que usted o su niño(a) participen en algún programa o servicio.

Gracias por su ayuda para mejorar estos programas.

*Foto: cortesía del Departamento de Salud Pública de St. Paul.

1. ¿En qué fecha se evaluó a su niño(a)? (Si no recuerda la fecha exacta, indique la fecha más próxima.)

Fecha de la evaluación:
_____ / _____ / _____
Mes Día Año

2. ¿En qué lugar se evaluó a su niño(a)?

❒ Escuela
❒ Centro comunitario
❒ Clínica
❒ Clínica de salud pública
❒ Programa Head Start
❒ Otro: _____
_____

3. ¿Cómo se enteró de este lugar donde se llevan a cabo las evaluaciones?

❒ A través del personal de la escuela
❒ A través del personal del condado
❒ A través de un amigo o vecino
❒ A través de un programa para la niñez temprana (ECFE, School Readiness o Head Start)
❒ A través de un encargado del cuidado de los niños
❒ A través de un proveedor del cuidado de la salud
❒ A través del periódico o la radio
❒ A través del programa Follow Along
❒ A través de un sitio en la Internet
❒ Por otro medio (por favor especifique): _____
_____
_____

4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño(a) al que se evaluó?

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

5. ¿Se le ofreció transporte al lugar donde se llevó a cabo la evaluación?

❒ Sí ❒ No ❒ No estoy seguro(a)

5a. ¿Utilizó el transporte que se le ofreció?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

5a-1. ¿El transporte le facilitó llegar al lugar donde se llevó a cabo la evaluación?

_____
_____
_____

6. ¿Qué idioma hablan principalmente en casa?

- ❒ Inglés
- ❒ Árabe
- ❒ Camboyano (kmer)
- ❒ Hmong
- ❒ Laosiano
- ❒ Oromo
- ❒ Ruso
- ❒ Serbo-Croata
- ❒ Somalí
- ❒ Español
- ❒ Vietnamés
- ❒ Otro: _____

6a. (Si no hablan inglés en casa) ¿Se le proporcionó intérprete?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

7. ¿Hubo algo más que hiciera difícil que se llevara a cabo la evaluación?

- ❒ Horario
- ❒ Lugar
- ❒ Hora
- ❒ Miedo
- ❒ Dificultad para comunicarse con ellos
- ❒ Dificultad con el idioma al hacer la cita
- ❒ Otro: _____

8. ¿Qué tan bien recibido(a) se sintió durante la visita de evaluación?

- ❒ Muy bien recibido(a)
- ❒ Bien recibido(a)
- ❒ No muy bien recibido(a)
- ❒ Mal recibido(a)
- ❒ No estoy seguro(a)

8a. Si no se sintió bien recibido(a), ¿puede describir qué fue lo que le hizo sentir de esa manera?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Antes de ir al lugar donde se llevó a cabo la evaluación, ¿alguien le explicó qué sucedería en la evaluación?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

10. Después de la evaluación, ¿alguien le explicó los resultados para que usted los entendiera claramente?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

11. Como resultado de la visita de evaluación, ¿tiene usted un mejor entendimiento de la salud de su niño(a)?

❒ Un entendimiento mucho mejor
❒ Un entendimiento mejor ❒ No ha cambiado
❒ Entiendo menos ❒ No estoy seguro(a)

12. Como resultado de la visita de evaluación, ¿tiene usted un mejor entendimiento del aprendizaje y desarrollo de su niño(a)?

❒ Un entendimiento mucho mejor
❒ Un entendimiento mejor ❒ No ha cambiado
❒ Entiendo menos ❒ No estoy seguro(a)

13. Como resultado de la visita de evaluación, ¿tiene usted un mejor entendimiento acerca de los programas de la comunidad y servicios disponibles para su niño(a) y su familia?

❒ Un entendimiento mucho mejor
❒ Un entendimiento mejor ❒ No ha cambiado
❒ Entiendo menos ❒ No estoy seguro(a)

14. Como resultado de la visita de evaluación, ¿tiene usted un mejor entendimiento acerca de lo que puede hacer como padre/madre para apoyar el aprendizaje de su niño(a) y su preparación para la escuela?

❒ Un entendimiento mucho mejor
❒ Un entendimiento mejor ❒ No ha cambiado
❒ Entiendo menos ❒ No estoy seguro(a)

15. Debido a la visita de evaluación, ¿usted o su niño(a) fueron remitidos a algún otro programa o servicio?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

15a. Si su respuesta es afirmativa, ¿adónde?

_____

_____

15b. ¿Le ayudaron a comunicarse con estos programas o servicios?

❒ Sí ❒ No ❒ No, no fue necesario

15c. ¿Se ha comunicado con estos programas o servicios?

❒ Sí ❒ Aún no, pero pienso hacerlo
❒ No, no pienso hacerlo ❒ Ninguno fue necesario

16. ¿Diría usted que la evaluación fue una experiencia positiva o negativa para su niño(a)?

❒ Muy positiva ❒ Positiva
❒ No estoy seguro(a) ❒ Negativa
❒ Muy negativa

16a. ¿De qué manera fue una experiencia negativa?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

17. ¿Diría usted que la evaluación fue una experiencia positiva o negativa para usted?

❒ Muy positiva ❒ Positiva
❒ No estoy seguro(a) ❒ Negativa
❒ Muy negativa

17a. ¿De qué manera fue una experiencia negativa?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

18. ¿Tiene alguna sugerencia de cómo se puede mejorar la experiencia de la evaluación para otros padres y sus niños?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

19. ¿Cuál fue la parte más útil de la visita de evaluación?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Gracias por su tiempo
y por su ayuda.