

Familia y Proveedor/Maestro Relación Calidad



Cuestionario para los padres sobre el personal de servicios
para las familias



ADMINISTRATION FOR
CHILDREN & FAMILIES

OPRE



Medida para los padres sobre el trabajador de servicios para las familias

Este cuestionario pregunta sobre su relación con el trabajador de servicios para las familias (FSW, por sus siglas en inglés) del programa Head Start/Early Head Start que trabaja con su familia. Por favor, solo piense en esta persona cuando responda a las siguientes preguntas.

Contestar este cuestionario toma unos 10 minutos.

Por favor use un bolígrafo negro o azul para llenar la encuesta.

Marque la casilla con una para indicar su respuesta.

Si desea cambiar su respuesta, ponga una en la respuesta equivocada y marque la casilla correcta con una para indicar su respuesta.

Por trabajador de servicios para las familias (FSW, por sus siglas en inglés) nos referimos a alguien que ayuda a las familias a identificar metas para ellos y sus hijos; conecta a las familias con recursos y servicios que respaldan a la familia y al niño; y a alguien que ayuda con inscripciones, pruebas y remisiones. A los FSW también se les conoce por distintos nombres y cargos; por ejemplo, personal de servicios para las familias, defensores de familias, visitantes de hogar, y coordinadores de servicios para las familias. Son con frecuencia, pero no siempre, alguien distinto del maestro de su hijo. En todos los materiales de este estudio se usa el término trabajador de servicios para las familias.

1. Desde septiembre, ¿con cuánta frecuencia usted se ha reunido o ha hablado con su trabajador de servicios para las familias sobre los siguientes temas?

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. Cómo le está yendo a su niño en el programa de Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El aprendizaje o desarrollo de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Metas que usted tiene para su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Metas que usted tiene para usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cómo está avanzando su niño hacia las metas que usted ha establecido para él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cómo está avanzando usted hacia las metas que se ha establecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas que su niño está teniendo en el programa de Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problemas que usted podría tener con su trabajo o con sus estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Su visión del futuro de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Cómo se siente acerca de los servicios que su trabajador de servicios para las familias le proporciona a usted y a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Desde septiembre, ¿con cuánta frecuencia su trabajador de servicios para las familias:

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. Ha sugerido actividades que usted y su niño pueden hacer juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha contestado preguntas que surgieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ha tenido en cuenta sus valores y cultura cuando ha trabajado con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ha ofrecido libros o materiales que tratan sobre la crianza de niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Qué tan cómodo usted se sentiría o se siente compartiendo la siguiente información con su trabajador de servicios para las familias?

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Muy incómodo	Incómodo	Cómodo	Muy cómodo
a. La cantidad de hijos que usted tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La cantidad de familiares adultos que viven en su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Su horario de trabajo o estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Su estado civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Su relación personal con su esposo(a) o pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Su estado de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Su situación económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Su estilo de crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Su vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. El papel que la fe y la religión juegan en su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. La cultura y los valores de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Lo que usted hace fuera del programa Head Start/Early Head Start para fomentar el aprendizaje de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cómo usted disciplina a su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Problemas que tiene su hijo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Cambios que están sucediendo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Problemas de salud que su hijo podría tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Problemas de salud que usted u otros familiares podrían tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Qué tanto describen las siguientes afirmaciones a su trabajador de servicios para las familias?

Mi trabajador de servicios para las familias...

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Nada como mi trabajador de servicios para las familias	Un poco como mi trabajador de servicios para las familias	Bastante parecido a mi trabajador de servicios para las familias	Exactamente como mi trabajador de servicios para las familias
a. Me fomenta a participar en todos los aspectos del cuidado y la educación de mi niño en nuestro programa de Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me respeta como padre o madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Es flexible con respecto a mi horario de trabajo o estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me trata como si yo fuese un experto sobre mi niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me hace preguntas para mostrarme que le importa mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Muestra respeto por los distintos orígenes étnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Respeta las creencias religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fomenta a los padres a dar su opinión acerca de los servicios y apoyos que él/ella proporciona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Mi trabajador de servicios para las familias juzga a mi familia debido a nuestra fe y religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi trabajador de servicios para las familias juzga a mi familia debido a nuestra cultura y nuestros valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi trabajador de servicios para las familias juzga a mi familia debido a nuestra raza/etnicidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi trabajador de servicios para las familias juzga a mi familia debido a nuestra situación económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Con cuánta frecuencia hace su trabajador de servicios para las familias lo siguiente:

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. Pregunta sobre su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabaja con usted para desarrollar estrategias que usted pueda usar en casa para apoyar el aprendizaje y el desarrollo de su niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Escucha sus ideas sobre cómo cambiar o mejorar el cuidado y la educación que su niño recibe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ofrece ideas o sugerencias sobre la crianza de niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se acuerda de detalles personales sobre su familia cuando habla con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Por favor indique qué tanto describen las siguientes palabras a su trabajador de servicios para las familias.

Mi trabajador de servicios para las familias es...

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Nada como mi trabajador de servicios para las familias	Un poco como mi trabajador de servicios para las familias	Bastante parecido a mi trabajador de servicios para las familias	Exactamente como mi trabajador de servicios para las familias
a. Atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comprensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Maleducado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Flexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cumplidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Confiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Impaciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Antipático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Respetuoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Crítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Mi trabajador de servicios para las familias está dispuesto a aprender distintas maneras para ayudar a padres y niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajamos junto con mi trabajador de servicios para las familias para asegurar que mi niño tenga el mejor cuidado y apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi trabajador de servicios para las familias ha aumentado mi confianza para lograr mis metas por mi propia cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi trabajador de servicios para las familias tiene nuestros intereses en mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mi trabajador de servicios para las familias ve este trabajo <i>solamente</i> como una fuente de ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Qué tan fácil o difícil es para usted comunicarse con su trabajador de servicios para las familias durante el día si usted tiene una pregunta o si surge un problema?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

10. En una escala de 1 a 5, 1 siendo lo peor que usted pueda imaginarse y 5 lo mejor que usted pueda imaginarse, ¿cómo describiría usted su relación con su trabajador de servicios para las familias?

[MARQUE LA CASILLA AL LADO DEL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU RELACIÓN.]

Lo peor					Lo mejor	
1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Las siguientes preguntas son sobre la edad de su niño, sus experiencias con su trabajador de servicios para las familias y otros datos personales.

11. ¿Cuántos años tiene su niño?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Menos de 1 año
- 1 a 2 años
- 3 a 4 años
- 5 años o más

12. ¿Su hijo es un niño o una niña?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Niño
- Niña

13. ¿Durante cuánto tiempo ha estado su trabajador de servicios para las familias trabajando con su familia?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Menos de seis meses
- 6 meses–menos de 1 año
- 1 año–menos de 2 años
- 2 años o más

14. Pensando en todos sus niños, ¿con cuántos trabajadores de servicios para las familias ha trabajado usted?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- 1
- 2–3
- 4–5
- Más de 5

15. ¿Qué idioma se habla más en su casa?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Inglés
- Español
- Inglés y español igualmente
- Inglés y otro idioma igualmente
- Otro idioma

16. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Menos de un diploma de secundaria (“high school”)
- Diploma de secundaria (“high school”) o GED
- Algo de universidad, sin título
- Título de una universidad de dos años (“Associate’s degree”)
- Título de una universidad de cuatro años (“Bachelor’s degree”)
- Título de posgrado

17. ¿Cuál diría que fue el ingreso total de su hogar el año pasado, antes de impuestos?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Menos de \$25,000
- \$25,000–\$34,999
- \$35,000–\$44,999
- \$45,000–\$54,999
- \$55,000–\$74,999
- \$75,000 o más

18. ¿Es usted de origen hispano o latino?

- Sí
- No

19. ¿De qué raza es usted?

[MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE SEAN APLICABLES A SU CASO.]

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska
- Indoasiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra de las islas del Pacífico

¡Gracias!