



Encuesta Familiar ¹

Querido padre o tutor,

Gracias por tomar el tiempo de rellenar esta encuesta. El sistema de Virginia de servicios de intervención temprana quiere conocer cómo lo estamos haciendo desde el punto de vista familiar. Por favor ayúdenos a mejorar los servicios de intervención temprana (servicios que pueden ayudar a los niños más pequeños, de 0 a 3 años con retrasos en el desarrollo o discapacidades y a sus familias) que su hijo/a y su familia están recibiendo respondiendo a las siguientes preguntas. A nadie que proporcione los servicios a su hijo/a y a su familia le serán enseñadas sus respuestas o sabrá lo que usted escriba en este documento.

Iniciándose en la Intervención Temprana

1. ¿Cuántos años tenía su hijo/a la primera vez que su familia supo que su hijo/a tenía necesidades especiales o que podía necesitar ayuda extra? (1 año = 12 meses; 1 ½ años = 18 meses; 2 años = 24 meses)
 ____ antes de (o al) nacer a los ____ meses ____ no estoy seguro

2. ¿Cómo conoció su familia por primera vez los servicios de intervención temprana? (Por favor señale una casilla)

<input type="checkbox"/> Pediatra o enfermera	<input type="checkbox"/> Amigos/Familiares	<input type="checkbox"/> Radio/TV/Periódico	<input type="checkbox"/> Poster/folleto
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Asistente Social	<input type="checkbox"/> Información telefónica especial	
<input type="checkbox"/> Escuela/Escuela infantil/Guardería	<input type="checkbox"/> Otros (Lo conocí a través de _____)		

3. ¿Quién fue el primero que se dió cuenta de que su hijo/a tenía necesidades especiales o que podía necesitar ayuda extra? (Por favor señale una casilla)

<input type="checkbox"/> Yo (padre(s) o tutor)	<input type="checkbox"/> Profesor	<input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Asistente Social	<input type="checkbox"/> Amigo o vecino	<input type="checkbox"/> Pediatra o enfermera
<input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos quién _____)	<input type="checkbox"/> No me acuerdo	

4. ¿Hubo algo que hiciera difícil el que su hijo/a o su familia empezaran los servicios? (Por favor señale TODOS los que procedan)

<input type="checkbox"/> Ningún problema/dificultad	<input type="checkbox"/> No había cuidados para mis otros hijos
<input type="checkbox"/> La gente no fue honesta	<input type="checkbox"/> Fue duro acordar los horarios para los servicios
<input type="checkbox"/> Nadie me volvió a llamar	<input type="checkbox"/> Otros miembros de la familia no pensaron que era importante
<input type="checkbox"/> Demasiado papeleo	<input type="checkbox"/> No tenía el tiempo suficiente a causa de mi trabajo
<input type="checkbox"/> Ningún medio de transporte	<input type="checkbox"/> La primera vez no me di cuenta de la importancia de los servicios
<input type="checkbox"/> Nadie hablaba mi idioma	<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tuvo problemas médicos que retrasaron los servicios
<input type="checkbox"/> Los servicios están demasiado lejos	<input type="checkbox"/> Mi compañía aseguradora no quería pagar
<input type="checkbox"/> Elegí no usar mi seguro	<input type="checkbox"/> Tenía que pagar demasiado dinero
<input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos qué _____)	

5. ¿Dónde van a recibir su hijo/a y su familia los servicios de intervención temprana? (Por favor señale TODOS los que procedan)

<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
<input type="checkbox"/> Centro del programa infantil	<input type="checkbox"/> Guardería
<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Hospital o centro de terapia (¿Cuál? _____)
<input type="checkbox"/> Otros lugares en la comunidad (iglesia, centro comunitario, biblioteca, parques y sitios de recreo, etc.)	
<input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos donde _____)	

Por razones de recopilación de datos, para tener una imagen completa de las familias en el sistema de intervención temprana, nos gustaría usar un código de identificación que asociara la información de esta encuesta a la otra información en el sistema. Nosotros respetaremos su privacidad. Si usted no desea tener esta información vinculada, por favor haga constancia de ello ya la información debajo no será rellena

No deseo que esta información este vinculada.

Código de Identificación

Personal del Niño _____

Fecha de Nacimiento ____ - ____ - _____

Si usted ha perdido el sobre de reenvío, por favor envíe el formulario a :

Valore cada uno de los siguientes enunciados, usando la escala del 1 al 6 proporcionada, en lo que concierne a usted, a su hijo/a o a su familia. Use 1 si usted discrepa profundamente con el enunciado. Use 2 si discrepa, 3 si discrepa de alguna forma, 4 si está de acuerdo en algo, 5 si está de acuerdo y 6 si está firmemente de acuerdo. Si usted no sabe la respuesta o la pregunta no procede, marque el número 10. Use la sección llamada "Comentarios Adicionales" para los enunciados con los que usted no esté de acuerdo o para cualquier otro comentario o sugerencia que pudiera tener.

Evaluación y Valoración

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias familiares en la evaluación y la valoración. Evaluación significa los procedimientos usados por el personal cualificado para determinar la elegibilidad inicial y de continuidad de un niño.

	Discrepa firmemente	←→	Coincide firmemente	No Sabe			
6. La evaluación realmente mostró las cosas que mi hijo/a puede y no puede hacer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
7. Mi hijo/a tuvo una evaluación muy rápidamente una vez yo decidí que era necesaria.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
8. La evaluación de mi hijo/a fue realizada a una hora y en un lugar que la hizo fácil para nuestra familia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
9. Mis preocupaciones sobre mi hijo/a y mi familia fueron respetadas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
10. La gente que ayudó a hacer la evaluación escuchó y respondió a mis preguntas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
11. Creo que hay una información adecuada en mi comunidad sobre como encontrar los servicios.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
12. ¿Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre su experiencia de iniciación en los servicios de intervención temprana?							

Coordinación de los Servicios

Todas las familias en intervención temprana tienen una persona que les ayuda en la iniciación a los servicios de intervención temprana y que se asegura de que obtienen los servicios que necesitan para su hijo/a y su familia. Esta es la persona que fue a su casa o que les llamó. Esta persona puede ser llamada coordinadora temporal de los servicios (temporary service coordinator), coordinadora de los servicios (service coordinator) o director del caso (case manager). Esta persona ha trabajado con usted desde que usted fue referido hasta que su primer IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado) fue terminado.

13. Se quién es la coordinadora de los servicios a mi familia.	_____ Si	_____ No	_____ No estoy seguro				
14. Se cómo llamar o encontrar a mi coordinadora de los servicios cuando la necesito.	_____ Si	_____ No	_____ No estoy seguro				
	Discrepa firmemente	←→	Coincide firmemente	No Sabe			
15. Nuestra coordinadora de los servicios me escuchó cuando le hablé de lo que es mejor para mi hijo/a y mi familia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
16. Nuestra coordinadora de los servicios entendió las necesidades de mi hijo/a y mi familia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
17. Nuestra coordinadora de los servicios nos preguntó sobre los recursos que utilizamos en nuestra comunidad (p.ej., guardería, parque, iglesia, centro de la comunidad, vecindario).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
18. Nuestra coordinadora de los servicios nos ofreció darnos más información sobre otros recursos de nuestra comunidad (p.ej., guardería, parque, iglesia, centro de la comunidad, vecindario).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
19. Me siento confortable compartiendo todo lo que yo quiera sobre mi hijo/a y mi familia con nuestra coordinadora de los servicios.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
20. ¿Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre sus experiencias con la coordinadora de los servicios?							

Plan de Servicio Familiar Individualizado

Las siguientes preguntas son sobre la planificación y escritura del “Plan de Servicio Familiar Individualizado” (Individualized Family Service Plan, IFSP), el plan escrito que enumera los objetivos/resultados y los servicios.

	Discrepa firmemente	↔	Coincide firmemente	No Sabe			
21. Yo opiné sobre los servicios de intervención temprana que serían apropiados para los objetivos/resultados en nuestro IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
22. A mi familia le fue dada la oportunidad de decir si nosotros queríamos algún servicio de intervención.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
23. Yo ayudé a decidir que servicios de intervención temprana estarían enumerados en nuestro IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
24. Entiendo lo que está escrito en nuestro IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
25. Me fue dada una copia de nuestro IFSP incluyendo un resumen de la evaluación.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
26. Los objetivos/resultados escritos en nuestro IFSP son las cosas que yo quiero para mi hijo/a y mi familia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
27. Yo ayudé a decidir donde recibirá mi hijo/a los servicios de intervención temprana. (P.ej., casa, escuela infantil, guardería, centro, etc.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
28. Yo hablé de como serían pagados mis servicios de intervención temprana.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
29. Las cosas que dije durante la reunión del IFSP fueron entendidas y respetadas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
30. Lo que mi hijo/a y mi familia hacen regularmente fue considerado al desarrollar nuestro IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
31. Las cosas que dije durante nuestra reunión del IFSP ayudaron a obtener los servicios necesarios para mi hijo/a y mi familia.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
32. ¿ Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre sus experiencias al obtener el IFSP de su hijo/a?							

Derechos Legales y Procedimientos de Seguridad

Todas las familias en intervención temprana tienen ciertos derechos y garantías que los protegen. Las siguientes preguntas son sobre estos Derechos Legales y Procedimientos de Seguridad.

	Discrepa firmemente	↔	Coincide firmemente	No Sabe			
33. Conozco mis derechos legales y protecciones bajo la ley de intervención temprana (early intervention law) (como qué hacer si no estoy de acuerdo con una decisión tomada sobre los servicios de intervención temprana de mi hijo/a).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
34. Me fue dada una copia de <u>Estado de Virginia Información de los Derechos Familiares y del Niño en ¡Los Niños No Pueden Esperar! Parte C del Sistema de Intervención Temprana de Virginia (Commonwealth of Virginia Notice of Child and Family Rights in the Virginia Babies Can't Wait! Part C Early Intervention System) y Una Guía de los Derechos Familiares en el Sistema de Intervención Temprana de Virginia (A Guide to Family Rights in the Virginia Early Intervention System).</u>	_____	Si	_____	No	_____	No estoy seguro	

Comentarios Adicionales:

Información Personal: *(esta sección es opcional, por favor conteste sólo aquellas preguntas con las que se sienta cómodo.)* Por favor cuéntenos algo más sobre usted y su familia. *(Marque la respuesta más adecuada a las siguientes preguntas.)*

¿Cuál es su código postal? _____

¿Cuánta gente hay en el grupo familiar del niño/a?

- 1-2 3-4 5-6
 7-8 más de 8

¿Cuál es su relación con el niño/a que está recibiendo los servicios de intervención temprana? Del niño, yo soy:

- Padre/Madre Marque aquí si usted
 Padre/Madre de acogida es el principal cuidador
 Abuelo/a del niño/a
 Otro miembro de la familia (tío/a, etc.)
 Otro _____

¿Cómo describiría usted a su familia?

- Biparental
 Monoparental
 Familia de acogida
 Otro _____

¿Hay algún otro niño/a en la familia recibiendo los servicios de intervención temprana, tanto ahora como en el pasado?

- Sí No No estoy seguro

¿Qué edad, en meses, tiene su hijo/a ahora? (1 año = 12 meses; 1 ½ años = 18 meses; 2 años = 24 meses)
_____ meses

¿Cuál es la raza/origen étnico de su hijo/a?

- Asiático Nativo americano
 Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico
 Hispano Blanco/Caucásico
 Otro _____

¿Cuál es el nivel de ingreso anual de la familia del niño/a?

- Menos de \$15.000 \$15.001-\$30.000
 \$30.001-\$45.000 \$45.001-\$60.000
 \$60.001-\$75.001 Más de \$75.001

Si le gustaría hablar con alguien en la oficina estatal de intervención temprana (state office of early intervention), por favor llámenos al (804) 786-3710.

Si le gustaría una copia del informe más reciente sobre la encuesta familiar, por favor contacte con su coordinador/a del consejo (council coordinator). Para obtener el nombre y el teléfono de su coordinador/a local del consejo, por favor llame a primeros pasos (first steps) al 1-(800) 234-1448

¿Está usted deseando compartir su experiencia en intervención temprana? *Si es así, por favor proporcione la siguiente información*

Nombre: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

¡Muchas gracias por su tiempo!



Revisado: 3/17/2000