



Querido padre o tutor,

Gracias por tomar el tiempo de rellenar esta encuesta. Su hijo/a acaba de terminar los servicios de intervención temprana. 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 han recibido respondiendo a las siguientes preguntas. A nadie que proporcionó los servicios a su hijo/a y a su familia le serán enseñadas sus respuestas o sabrá lo que usted escriba en este documento.

Recibiendo los Servicios

Las siguientes preguntas son sobre las experiencias de su familia recibiendo los servicios de intervención temprana

1. ¿Qué servicios de intervención temprana recibió su hijo/a y su familia? (Por favor marque **TODOS** los servicios que usted recibió.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tecnología asistiva (equipamiento especial) | <input type="checkbox"/> Servicios de nutrición | <input type="checkbox"/> Coordinación del servicio |
| <input type="checkbox"/> Cuidados auditivos (oído) | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Servicios de asistencia social |
| <input type="checkbox"/> Orientación o educación familiar | <input type="checkbox"/> Terapia física | <input type="checkbox"/> Terapia del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Educación Infantil | <input type="checkbox"/> Servicios psicológicos | <input type="checkbox"/> Asistencia en el transporte |
| <input type="checkbox"/> Atención o asistencia médica | <input type="checkbox"/> Cuidados de respiro | <input type="checkbox"/> Servicios de visión |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor díganos cuál _____) | | |

2. ¿Dónde recibió su hijo/a los servicios de intervención temprana? (Por favor marque **TODOS** los que procedan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Guardería/baby sitter | <input type="checkbox"/> Centro de programas infantiles |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Hospital o centro de terapia (¿Cuál? _____) | |
| <input type="checkbox"/> Otro lugar de la comunidad (iglesia, centro de la comunidad, 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 y la información debajo no será rellenada

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 :

3. ¿Cuál de las siguientes personas o lugares en su comunidad les ayudó a su hijo/a y a su familia a trabajar en los objetivos/resultados de su IFSP? (Por favor marque **TODOS** los que usted usó)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baby sitter/guardería | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales | <input type="checkbox"/> Programa infantil |
| <input type="checkbox"/> Departamento para los discapacitados visuales | <input type="checkbox"/> Departamento para la Sordera (Dept. for Deaf and Hard of Hearing) | <input type="checkbox"/> Departamento de parques y recreo |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Clínica para el desarrollo del niño | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Junta de Servicios Comunitaria (Community Services Board, CSB) | <input type="checkbox"/> Amigos/vecinos | <input type="checkbox"/> Mi familia |
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario | <input type="checkbox"/> Departamento de salud | <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo a los padres |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Centros de recursos para los padres | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Hospital o centro de terapia (Por favor díganos cuál _____) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor díganos quién _____) | | |

4. ¿Hubo algo que hiciera difícil a su hijo/a y a su familia continuar con los servicios? (Por favor marque **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 _____) | |

¿Qué le hubiera hecho más fácil recibir estos servicios?

Recibiendo los servicios/Coordinación de los servicios

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias familiares recibiendo los servicios y con la coordinación de los mismos.

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.

	Discrepa firmemente	←	→	Coincide firmemente	No Sabe		
5. Tuve los servicios de intervención temprana que nosotros necesitamos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
6. La gente que nos ayudó con los servicios de intervención temprana hizo un buen trabajo.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
7. Fue fácil hablar y trabajar con la gente que nos ayudó con los servicios de intervención temprana.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
8. Fui tratado con respeto.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
9. Me fue fácil asistir a las reuniones del IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
10. Las cosas dichas durante la(s) reunión(es) del IFSP fueron entendidas y respetadas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
11. Los servicios que nos fueron proporcionados satisfacían las necesidades de nuestro hogar y/o estilo de trabajo.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩

Recibiendo los servicios/Coordinación de los servicios (continuación)

	Discrepa firmemente	←→	Coincide firmemente	No Sabe			
12. La gente que trabajó con nuestra familia nos ayudó a conocer los recursos informales y de la comunidad. (p. ej., familia, familia extensa, clero)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
13. Tuve acceso a materiales traducidos en mi lengua nativa o medios de comunicación principales (braille o intérprete señas/oral) para las reuniones del IFSP. (si fueron necesarios o solicitados)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
14. Tuve acceso a un traductor en mi lengua nativa o medios de comunicación principales (braille o intérprete señas/oral) para las reuniones del IFSP. (si fueron necesarios o solicitados)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
15. Mi hijo/a ha mejorado porque ha recibido los servicios de intervención temprana.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
16. Los servicios de intervención temprana nos ayudaron a saber más sobre nuestro hijo/a.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
17. Estoy contento con el progreso que mi hijo/a ha realizado.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
18. Los servicios proporcionados a mi hijo/a y a mi familia ayudaron a alcanzar los objetivos/resultados que yo había fijado.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
19. Yo era capaz de contactar con nuestra coordinadora de los servicios cuando lo necesitaba.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
20. Nuestra coordinadora de los servicios nos ayudó a entender el proceso del IFSP.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
21. Estuve satisfecho con la forma en la que la coordinación de los servicios fue realizada.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
22. Los servicios a mi hijo/a fueron proporcionados como parte de nuestras actividades regulares. (p. ej., durante los juegos, la comida, ir al parque, hacer la compra, etc.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
23. Me sentí cómodo hablando con nuestra coordinadora de los servicios sobre preguntas, preocupaciones y servicios para mi hijo y mi familia. (asesoramiento; satisfacción de necesidades básicas tales como vivienda, comida, servicios auxiliares; etc.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
24. El IFSP de mi hijo/a fue revisado sobre la marcha.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑩
25. ¿Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre su experiencia al recibir los servicios de intervención temprana?							⑩

Pago de los Servicios

Las siguientes preguntas son sobre el pago de los servicios de intervención temprana que su familia y su hijo/a recibieron.

26. ¿Cómo pagó su familia los servicios de intervención temprana? (Por favor marque **TODOS** los que procedan)

- Nuestro propio dinero Seguro privado Medicaid Tricare
 No lo sé Escala móvil de tarifa Medicaid HMO
 Fondos del Consejo de Coordinación Interagencial (Interagency Coordinating Council Funds) Otro (por favor díganos como _____)

27. Los servicios de intervención temprana le costaron a mi familia:

- Más de lo que esperaba Menos de lo que esperaba Más o menos lo que esperaba No tenía ni idea de lo que esperar

28. Necesité más ayuda para pagar mis servicios de intervención temprana. ___ Si ___ No ___ No estoy seguro

¿Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre su experiencia en el pago de los servicios de intervención temprana?

Servicios de Transición

Las siguientes preguntas son sobre cómo fueron las cosas cuando llegó la hora para su hijo/a y su familia de dejar la intervención temprana.

29. ¿Continúa su hijo/a necesitando los servicios después la intervención temprana? ___ Si ___ No ___ No estoy seguro

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.

Si usted respondió no o no estoy seguro a la pregunta número 29, por favor sátese si quiere las preguntas 32 – 34 (preguntas en la caja sombreada)

Discrepa firmemente ← ↔ → Coincide firmemente No Sabe

30. Nuestra experiencia en intervención temprana me hizo sentir más seguro a la hora de encontrar maneras de satisfacer las necesidades de mi hijo/a.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

⑩

31. Alguien habló con mi familia sobre los diferentes lugares donde mi hijo/a podía recibir los servicios después de la intervención temprana.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

⑩

32. Alguien estuvo disponible para ayudar a mi familia sobre lo que hacer (como rellenar los formularios e ir a las reuniones) para obtener los servicios para mi hijo/a después de dejar la intervención temprana.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

⑩

33. Mi hijo/a continua recibiendo los servicios que fueron planificados después de dejar los servicios de intervención temprana.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

⑩

34. El cambio de los servicios de intervención temprana a los servicios preescolares fue fácil para nosotros.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

⑩

35. Mi hijo/a tenía _____ meses de edad cuando empezamos los servicios de intervención temprana.

36. Mi hijo/a tenía _____ meses de edad cuando acabamos los servicios de intervención temprana.

37. ¿Qué otras cosas le gustaría que supiéramos sobre su experiencia en la transición?

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? _____

¿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

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

1-2 3-4 5-6

7-8 más de 8

¿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 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 _____

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

Asiático Nativo americano

Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico

Hispano Blanco/Caucásico

Otro _____

¿Cómo describiría usted a su familia?

Biparental

Monoparental

Familia de acogida

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

¿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