

# Estudio de la Familia en Colorado

Por favor complete este cuestionario y envíelo junto con **el formulario de consentimiento firmado** en el sobre de retorno pre-pagado adjunto. No necesita pagar el envío. En caso de que este sobre se extravíe, por favor envíe el cuestionario por correo a:

Colorado Family Study  
c/o Westat  
1600 Research Boulevard  
RW 2651  
Rockville, MD 20850-3129  
Telephone: 888-867-6513

## Encuesta Familiar Confidencial

En la carta adjunta se hace mención de que la oficina de Servicios de Protección Infantil se comunicó con usted durante los últimos meses en relación al niño, o niños, en su hogar. Por favor conteste a las siguientes preguntas sobre su experiencia con la oficina de Servicios de Protección Infantil y el/la asistente social que le contacto. Si más de un asistente social le visito, por favor responda las preguntas relacionadas a la persona que usted vio más.

### Instrucciones:

- Por favor use un bolígrafo azul o negro para completar este formulario.
- Marque con una "X" en el casillero de respuesta para indicar su respuesta:

Opción 1

Opción 2

Opción 3

1. ¿Qué tan satisfecho está usted con el trato que le dio el/la asistente social a usted y su familia cuando visito su hogar?

Muy satisfecho    Algo satisfecho    Nada satisfecho

2. ¿Qué tan satisfecho está usted con la ayuda que usted y su familia recibieron de el/la asistente social?

Muy satisfecho    Algo satisfecho    Nada satisfecho

3. ¿Qué tan probable es que usted llame a el/la asistente social o a la oficina Servicios de Protección Infantil en caso usted o su familia necesiten de su ayuda en el futuro?

Muy probable    Algo probable    Nada probable

4. ¿Cómo se sintió después de la primera visita que el/la asistente social de la oficina de Servicios de Protección Infantil hizo a su casa?

Indique todas las que corresponda.

<input type="checkbox"/> Aliviado	<input type="checkbox"/> Respetado	<input type="checkbox"/> Alentado
<input type="checkbox"/> Enojado	<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/> Agradecido
<input type="checkbox"/> Esperanzado	<input type="checkbox"/> Apoyado	<input type="checkbox"/> Estresado
<input type="checkbox"/> Temeroso	<input type="checkbox"/> Irrespetado	<input type="checkbox"/> Desalentado

5. ¿Cuántas visitas de el/la asistente social recibió usted o algún miembro a su familia?

1    2-5    6-10    Más de 10

6. ¿En general, cuánta atención presto el/la asistente social a las preocupaciones que usted o los miembros de su familia expresaron?

Bastante atención    Algo de atención    No presto atención

7. ¿En general, que tan bien cree usted que el/la asistente social entendió sus necesidades y las de su familia?

Muy bien  
 Más o menos bien  
 Nada bien

8. ¿Hubieron temas importantes para usted o su familia que no fueron discutidos con el/la asistente social?

Si  
 No

9. ¿Qué tan frecuentemente el/la asistente social tomo en cuenta sus opiniones antes de tomar decisiones relacionadas a usted y su familia?

Siempre  
 A veces  
 Nunca

10. ¿El/la asistente social reconoció las cosas que usted y su familia hacen bien?

- Si  
 No

11. ¿Qué tan fácil fue contactarse con el/la asistente social?

- Muy fácil  Algo fácil  Nada fácil

12. ¿Usted o a su familia recibió alguna de las siguientes ayudas o servicios relacionadas a su experiencia con la oficina de Servicios de Protección Infantil?  
Indique todas las que corresponda.

<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Asistencia de transporte o reparación de su auto
<input type="checkbox"/> Subvención para su vivienda	<input type="checkbox"/> Alimentos o ropa para su familia
<input type="checkbox"/> Asistencia con el pago de la renta	<input type="checkbox"/> Reparación de aparatos electrodomésticos, muebles o de su casa
<input type="checkbox"/> Asistencia con los gastos de servicio público	<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia pública
<input type="checkbox"/> Servicios médicos o dentales para su familia	<input type="checkbox"/> Algún tipo de ayuda financiera
<input type="checkbox"/> Ayuda para un miembro de su familia que este incapacitado	<input type="checkbox"/> Servicios legales
<input type="checkbox"/> Asistencia con el mantenimiento de su hogar (cocina o limpieza)	<input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de su(s) hijo(s) o para tenerlos una guardería
<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> De alivio para un descanso, lejos de sus hijos
<input type="checkbox"/> Tratamiento para el alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/> Reuniones con otros padres acerca de la crianza de los hijos
<input type="checkbox"/> Capacitación o clases para la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/> Asistencia con la matricula de clases educacionales
<input type="checkbox"/> Terapia de salud mental (individual, familiar)	<input type="checkbox"/> Asistencia en la búsqueda o cambio de empleo
<input type="checkbox"/> Servicios para violencia domestica	<input type="checkbox"/> Capacitación laboral o vocacional
	<input type="checkbox"/> Servicios de educación

13. ¿Hubo alguna ayuda que usted o su familia necesitaron pero no recibieron?

- Si  
 No

Si las hubo, ¿cuáles fueron estas?

---

---

14. ¿En general, usted y su familia se encuentran en mejor o peor estado como resultado de su experiencia con los Servicios de Protección Infantil?

- Estamos en mejor situación  Estamos en igual situación  Estamos en peor situación

15. ¿Es usted un mejor padre como resultado de su experiencia con los Servicios de Protección Infantil?

- Si  
 No

16. ¿Sus niños tienen más seguridad como resultado de su experiencia con los Servicios de Protección Infantil?

- Si  
 No

17. ¿Tiene usted más capacidad de proveer necesidades básicas como alimentos, ropas, albergue, o servicios médicos como resultado de su experiencia con los Servicios de Protección Infantil?

- Si  
 No

18. ¿Cuál es su más alto nivel de educación?

- Menor a 8<sup>avo</sup> grado  
 8<sup>avo</sup> – 11<sup>avo</sup> grado  
 Diploma de educación secundaria o GED  
 Algo de educación universitaria o escuela técnica  
 Título de una institución educativa de 2 años  
 Título de una institución educativa de 4 años  
 Estudio de postgrado o titulo de postgrado

19. ¿Cuál fue el total de ingresos de su hogar el año pasado?

- \$0 - \$9,999
- \$10,000 – \$19,999
- \$20,000 – \$29,999
- \$30,000 – \$39,999
- \$40,000 – \$49,999
- \$50,000 – \$59,999
- \$60,000 o más

20. ¿Cuál es su sexo?

- Hombre
- Mujer

21. ¿ Es usted de origen hispano, latino o español

- Si (por favor, especifique) \_\_\_\_\_
- No

22. ¿Cuál es su raza?

Indique todas las que corresponda.

- Negro o Afro-Americano
- Blanco
- Indio Americano
- Oriental
- Originario de Hawaii o de las Islas del Pacifico
- Otra (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

23. ¿Le ofrecieron servicios en su idioma de preferencia?

- Si – En Inglés
- Si – En otro idioma
- No

¿Podríamos contactarlo a usted nuevamente para futuros estudios?

- Si
- No

La respuesta es Si, por favor proporcione alguna información que nos ayudara a localizarlo en caso que se cambie de dirección.

1. Su número de teléfono de casa con su código de área:

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| - |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| - |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

2. ¿A nombre de quien está el número de teléfono registrado?

\_\_\_\_\_

3. Su número de teléfono celular con su código de área:

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| - |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| - |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

4. Su correo electrónico: \_\_\_\_\_

5. Su dirección de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

6. Por favor díganos el nombre, dirección, número de teléfono, y correo electrónico de tres personas que siempre saben a dónde esta o lo puedan contactar. Solo contactaremos a estas personas en caso que no podamos localizarlo a usted en su actual dirección o numero de teléfono. A cualquiera que contactemos solo preguntaremos si sabe como localizarlo. No se les dará ninguna información y no serán entrevistados.

Nombre	Dirección	Número de Teléfono de Casa	Número de teléfono celular o trabajo	Correo electrónico	La relación con usted (familia, amigos, compañero de trabajo, etc.)



**! Gracias por completar este cuestionario! Por favor envíe el cuestionario y el formulario de consentimiento firmado** en el sobre de retorno pre-pagado adjunto. No necesita pagar el envío. En caso de que este sobre se extravíe, por favor envíe el cuestionario por correo a:

Colorado Family Study  
c/o Westat  
1600 Research Boulevard  
RW 2651  
Rockville, MD 20850-3129

Si tiene preguntas, por favor contáctenos por teléfono al 1-888-867-6513