



Encuesta sobre los factores de protección en Español (Spanish Protective Factors Survey)

Previa o posterior (Información del programa - Opcional)

Identificación de la agencia
N.º _____

Identificación del participante
N.º _____

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta: ____/____/____

Marque aquí si se trata de una prueba previa

Fecha de inicio del programa:
____/____/____

Marque aquí si se trata de una prueba posterior

Fecha de finalización del programa:
____/____/____

Este formulario es para uso exclusivo del personal y debe ser completado un miembro del este que esté familiarizado con el participante del programa. Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la realice.

1. ¿Cómo se realizó la encuesta? (Seleccione uno)

- A. En una entrevista en persona B. Por el participante, con la ayuda disponible del personal del programa para explicar los temas según fuera necesario C. Por el participante sin personal del programa presente

2. ¿Cómo fue referido el participante a su programa?

- A. Por cuenta propia C. Tribunal/Juez E. Otro
 B. Servicios de Protección Infantil D. Programa comunitario

3. ¿Se ha denunciado al participante a los Servicios de Protección Infantil?

- A. No C. No estoy seguro
 B. Sí... **Antes de** iniciar el programa **Durante** el programa **Después de** completar el programa

4. En caso afirmativo, ¿el informe fue fundamentado?

- A. No C. No estoy seguro E. Sí, referido a la respuesta diferencial
 B. Sí D. No, referido a la respuesta diferencial F. No aplica

5. Identifique el tipo de programa que describe con mayor precisión los servicios que el participante está recibiendo de su programa/agencia. (Seleccione todas las que correspondan)

- A. Defensa (propia, de la comunidad) E. Educación para los padres I. Recursos y referencias
 B. Relaciones saludables F. Interacción entre padres e hijo J. Desarrollo de habilidades/ educación para niños
 C. Visitas a domicilio G. Grupo de apoyo para padres K. Otro (si está utilizando un indique el nombre) _____
 D. Sin hogar/en viviendas transitorias para personas sin hogar H. Relevo planificado o en casos críticos _____

6. Asistencia del participante:

Respuesta en la prueba previa:

Número de horas de servicio ofrecidas al participante

Respuesta en la prueba posterior:

Número de horas de servicio recibidas por el participante _____

Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la realice.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Estas siguientes preguntas son sobre usted y su hogar. El personal del programa las utilizará para entender las necesidades de las personas y familias a las que atienden y mejorar la prestación de servicios.

Recuerde, sus respuestas a esta encuesta son confidenciales.

1. Sexo: A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no responder

2. Edad (en años): _____

3. Idioma principal que se habla en casa:

- A. Inglés C. Creole E. Árabe G. Otro: _____
 B. Español D. Mandarín F. Ruso

4. Raza/etnia (marque todas las que correspondan):

- A. Nativo americano o nativo de Alaska E. Hispano o latino I. Mestizo
 B. Asiático F. Oriente Medio J. Otro _____
 C. Negro o afroamericano G. Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 D. Nacional africano/Isleño del Caribe H. Blanco (no hispano/europeo americano)

5. Estado civil:

- A. Casado(a) C. Soltero(a) - nunca se ha casado E. Viudo(a)
 B. En concubinato/Unión libre D. Divorciado(a) F. Separado(a)

6. Vivienda familiar:

- A. Propia C. Vivienda compartida con familiares o amigos E. Temporal (refugio, temporal con amigos o familiares)
 B. Alquilado D. Sin hogar

7. Total de Ingreso Familiar:

- A. \$0 - \$10,000 D. \$30,001 - \$40,000 G. Más de \$ 60,001
 B. \$10,001 - \$20,000 E. \$40,001 - \$50,000
 C. \$20,001 - \$30,000 F. \$50,001 - \$60,000

8. Grado de educación más alto logrado:

- A. Sin educación formal E. Diploma de escuela secundaria o de educación general I. Título universitario de cuatro años (licenciatura)
 B. Primaria F. Profesión u oficio J. Título de posgrado
 C. Secundaria G. Algunos estudios universitarios
 D. Algunos estudios de educación secundaria H. Título universitario de dos años (técnico superior)

9. ¿Cuál de los siguientes, si es que hay alguno, recibe usted o su familia actualmente? (Marque todo lo que corresponda)

- A. Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] o cupones de alimentación) E. Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) H. Seguro médico estatal (incluido el seguro médico para niños)
 B. Seguro Social por discapacidad (Social Security Disability Income, SSDI) F. Servicios de Head Start/Early Head Start I. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
 C. Medicaid G. Beneficios de desempleo J. Ninguna de las anteriores
 D. Deducción en el impuesto sobre la renta (Earned Income Tax Credit, EITC) K. Otro

Cuéntenos sobre los niños que viven en su hogar.

10. NIÑO N.º 1 A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no responder

11. Fecha de nacimiento: _____

12. Este niño vive en mi casa: Sí No

13. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

14. NIÑO N.º 2 A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no responder

15. Fecha de nacimiento: _____

16. Este niño vive en mi casa: Sí No

17. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

18. NIÑO N.º 1 A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no responder

19. Fecha de nacimiento: _____

20. Este niño vive en mi casa: Sí No

21. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

22. NIÑO N.º 4 A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no responder

23. Fecha de nacimiento: _____

24. Este niño vive en mi casa: Sí No

25. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos



Encuesta sobre los factores de protección en Español (Spanish Protective Factors Survey)

Parte I: Por favor **encierra en círculo** el número que describa cuán a menudo estas afirmaciones son verdaderas para ti o para tu familia. Los números representan una escala de 1 a 7 en la que cada uno de los números representa una cantidad de tiempo distinta. El número 4 significa que la afirmación es verdadera más o menos la mitad del tiempo.

	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. En mi familia, hablamos acerca de los problemas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Cuando discutimos, mi familia escucha ambas partes de la historia.	1	2	3	4	5	6	7
3. En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi familia se apoya en momentos de estrés.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi familia soluciona todos nuestros problemas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando me siento solo/a, tengo a varias personas con las que puedo hablar.	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo sé a dónde ir si mi familia llegara a necesitar comida o alojamiento provisional.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yo sé a dónde (o con quién) ir para conseguir ayuda si tuviera dificultades financieras.	1	2	3	4	5	6	7
10. Si existe una crisis, tengo personas con quienes contar.	1	2	3	4	5	6	7
11. Yo sé a dónde ir para recibir ayuda si necesito conseguir un trabajo.	1	2	3	4	5	6	7



Encuesta sobre los factores de protección en Español (Spanish Protective Factors Survey)

Parte II. Esta parte de la encuesta pregunta sobre crianza y tu relacionamiento con tu niño/a. en esta sección, por favor enfócate en el niño/a que esperas que más se beneficie de tu participación en nuestros servicios. Por favor escribe la edad o fecha de nacimiento del niño/a y luego responde a las preguntas con este niño/a en mente.

Edad del Niño _____ or Fecha de Nacimiento ____/____/____

	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre	Siempre
12. Me siento segura/o en mi papel como madre/padre.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sé cómo ayudarle a mi hijo/a a aprender.	1	2	3	4	5	6	7
14. Mi niño/a se porta mal sólo para hacerme enojar.	1	2	3	4	5	6	7
15. Yo elogio a mi niño/a cuando se porta bien.	1	2	3	4	5	6	7
16. Cuando disciplino a mi niño/a pierdo el control.	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy feliz cuando estoy con mi niño/a.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mi niño/a y yo somos muy unidos.	1	2	3	4	5	6	7
19. Puedo tranquilizar a mi niño/a cuando está enojado/a.	1	2	3	4	5	6	7
20. Yo paso tiempo con mi niño/a haciendo lo que le gusta.	1	2	3	4	5	6	7

Gracias!!