

Encuesta sobre los Factores de Protección

Segunda Edición (SPFS-2) | Pre o Post (Información del programa - Opcional)

Spanish Protective Factors Survey

Second Edition (SPFS-2) | Pre/Post (Program Information Optional)

Identificación de la agencia N.º
Agency ID #

Identificación del participante N.º
Participant ID #

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta:
Date Survey Completed: ___/___/___

Fecha de inicio del programa:
Program Start Date: ___/___/___

Fecha de finalización del programa:
Program Completion
Date: ___/___/___

☐ Marque aquí si se trata de una pre-test. *Mark here if this is a pre-test.*

☐ Marque aquí si se trata de una post-test. *Mark here if this is a post-test*

Este formulario es para uso exclusivo del personal y debe ser completado por un miembro del personal que esté familiarizado con el participante del programa. Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la complete. This form is for staff use only and should be completed by a staff member who is familiar with the program participant. Please remove this form prior to giving the survey to the participant to complete.

1. ¿Cómo se realizó la encuesta? (Seleccione uno) *How was the survey completed? (Select one)*

☐ A. En una entrevista en persona
In a face-to-face interview

☐ B. Por el participante, con la ayuda disponible del personal del programa para explicar los temas según fuera necesario
By the participant with assistance available from program staff to explain items as needed

☐ C. Por el participante sin personal del programa presente
By the participant without program staff present

2. ¿Cómo fue referido el participante a su programa? *How was the participant referred to your program?*

☐ A. Por cuenta propia *Self-Referred*

☐ C. Tribunal/Juez *Court*
☐ D. Programa comunitario
Community Program

☐ E. Otro *Other*

☐ B. Servicios de Protección Infantil
Child Protective Services

3. ¿El participante ha sido reportado a los servicios de protección infantil? *Has the participant been reported to Child Protective Services?*

☐ A. No *No*

☐ B. Sí... *Yes....*

☐ **Antes** de iniciar el programa
Before starting the program

☐ **Durante** el programa
During the program

☐ **Después** de completar el programa
After completing the program

☐ C. No estoy seguro *Not Sure*

Por favor continúe respondiendo las preguntas de la página siguiente.
Please continue responding to the questions on the following page.



Esta encuesta fue desarrollada por el Centro Nacional FRIENDS para la Prevención del Abuso Infantil Basado en la Comunidad en asociación con el Centro de Asociaciones e Investigaciones Públicas de la Universidad de Kansas a través de fondos proveídos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.