

Community Early Childhood System of Care Self-Assessment

Autoevaluación del Sistema Comunitario de Edad Temprana

Parent Survey Modules

Módulos de encuestas para padres

Padres y/o tutores,

Apreciamos que se haya tomado el tiempo para completar esta breve encuesta para padres. Sus respuestas nos ayudarán a incrementar los servicios y apoyos disponibles para usted y sus hijos pequeños (de 0 a 8 años). Sus respuestas son completamente confidenciales y usted no está obligado a completar esta encuesta. Todas sus respuestas de la encuesta son combinadas con las respuestas de otros padres en su comunidad y se consideran como un grupo para mejor comprender qué va bien y qué se debe mejorar para los padres y los hijos. ¡Gracias por tomarse el tiempo en brindarnos sus opiniones y experiencias!

INTRODUCCIÓN		
11. ¿Está usted o su pareja embarazada o tiene hijos de 0 a 8 años?	Sí	No (pase a la sección de propietario de empresa/empleador)

INFORMACIÓN FAMILIAR								
F11. ¿Cuántos hijos de 0 a 8 años tiene?	Actualmente embarazada	1	2	3	4	5	6	7 o más
F12. ¿Cuál es su código postal? _____								
F13. ¿Cuáles son las edades de sus hijos? (Encierre en un círculo todas las que apliquen)						Infante (de 0 a 17 meses)		
						Niño pequeño (Toddler) (de 18 meses a 2 años)		
						Preescolar (de 3 a 4 años)		
						Edad escolar (de 5 a 8 años)		

SALUD				
1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy importante				
H1. ¿Tenía usted o su pareja cuidado médico del embarazo?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted el cuidado médico del embarazo?	1	2	3	
H2. Durante el embarazo, ¿Alguien le habló sobre la importancia del manejo del estrés, la nutrición, el uso de drogas, tabaco y alcohol, y cómo podría afectar a su bebé?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es que alguien le hable durante el embarazo sobre el manejo del estrés, la nutrición, el uso de drogas, tabaco y alcohol, y cómo podría afectar a su bebé?	1	2	3	
H3. Durante el embarazo, ¿Alguna vez le preguntaron sobre el uso de drogas?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted que las madres embarazadas sean examinadas por el uso de drogas o que se les pregunte sobre el uso de drogas?	1	2	3	
H4. ¿Recibió usted o su pareja información sobre los beneficios de la lactancia materna?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted recibir información sobre los beneficios de la lactancia materna?	1	2	3	
H5. ¿Se le brindó apoyo para la lactancia materna a usted o a su pareja?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted tener apoyo disponible sobre la lactancia materna?	1	2	3	
H6. Después de tener a su bebé, ¿Alguien le preguntó si sentía algún signo de depresión posparto?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted que alguien le pregunte sobre los signos de depresión posparto?	1	2	3	
H7. Durante los chequeos de bienestar de salud (Well-Child), ¿Se examinó a su hijo (a) para determinar los indicadores del desarrollo (por ejemplo, girar la cabeza para localizar el sonido para un bebé de 2 meses, etc.)?	Sí	No	No se	N/A
¿Qué tan importante es para usted que su hijo (a) sea evaluado en busca de indicadores del desarrollo en sus chequeos de bienestar de salud (Well-Child)?	1	2	3	
H8. ¿Su hijo (a) fue examinado en busca de salud social-emocional, conductual o mental (por ejemplo, hacer amigos, sonreír, berrinches incontrolables, conversar, probar cosas nuevas, agresión, etc.)?	Sí	No	No se	N/A

¿Qué tan importante es para usted que su hijo (a) sea evaluado por su salud social-emocional, conductual o mental?

1

2

3

RECURSOS FAMILIARES

1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy importante

FR1. ¿Ha recibido información sobre el desarrollo socioemocional de su hijo (a) (por ejemplo, apego, unión, amistad, resolución de problemas, contacto visual, sonrisa, etc.) durante los siguientes plazos?			
Prenatal (antes del nacimiento)	Sí	No	No se
Infancia (de 0 a 17 meses)	Sí	No	No se
Niño pequeño (Toddler) (de 18 meses a 2 años)	Sí	No	No se
Preescolar (de 3 a 4 años)	Sí	No	No se
Edad escolar (de 5 a 8 años)	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es para usted recibir información sobre el desarrollo socioemocional de su hijo (a)?	1	2	3
FR2. ¿Alguien compartió con usted información sobre cómo es un programa de cuidado infantil de alta calidad y por qué es importante?			
¿Qué tan importante es para usted que alguien comparta información sobre cómo se ve un programa de cuidado infantil de alta calidad y por qué es importante?	1	2	3
FR3. ¿Cree que hay suficientes opciones de cuidado infantil en su comunidad?			
¿Qué tan importante es para usted tener suficientes opciones de cuidado infantil en su comunidad?	1	2	3
FR4. ¿Hay servicios disponibles para las siguientes necesidades en su comunidad?			
Cuidado de relevo (Respite Care)	Sí	No	No se
Preocupaciones financieras	Sí	No	No se
Violencia doméstica	Sí	No	No se
Preocupaciones de salud mental de los padres	Sí	No	No se
Preocupaciones sobre el abuso de sustancias de los padres	Sí	No	No se
Evaluaciones del comportamiento o salud mental de un niño	Sí	No	No se
Terapia individual de padre e hijo	Sí	No	No se

Consulta de salud mental o de comportamiento para problemas en la escuela y/o guardería	Sí	No	No se
Clases grupales de crianza para padres de niños con comportamientos desafiantes	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es para usted tener servicios disponibles para las siguientes necesidades en su comunidad?			
Cuidado de relevo (Respite Care)	1	2	3
Preocupaciones financieras	1	2	3
Violencia doméstica	1	2	3
Preocupaciones de salud mental de los padres	1	2	3
Preocupaciones sobre el abuso de sustancias de los padres	1	2	3
Evaluaciones del comportamiento o salud mental de un niño	1	2	3
Terapia individual de padre e hijo	1	2	3
Consulta de salud mental o de comportamiento para problemas de la escuela y/o guardería	1	2	3
Clases grupales de crianza para padres de niños con comportamientos desafiantes.	1	2	3

ESCUELA			
1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy importante			
S1. ¿Tiene oportunidades de participar en la escuela de su hijo(a) (por ejemplo, eventos/actividades, excursiones, conferencias de padres y maestros, preparación de materiales, voluntariado, etc.)?	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es para usted estar involucrado en la escuela de su hijo(a)?	1	2	3
S2. ¿Cree que la escuela o el programa de cuidado infantil de su hijo(a) hacen un buen trabajo en satisfacer las necesidades socioemocionales y de conducta de su hijo (a)?	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es para usted que la escuela o el programa de cuidado infantil de su hijo (a) haga un buen trabajo en satisfacer las necesidades socioemocionales y de conducta de su hijo (a)?	1	2	3

CUIDADO INFANTIL DE CALIDAD			
1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy importante			
QC1. ¿Cree que el cuidado infantil que se ofrece en su comunidad es económico y accesible para todos los niños?	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es para usted que el cuidado infantil sea económico y accesible para todos los niños?	1	2	3
QC2. ¿Cree que en su comunidad hay cuidado infantil/preescolar disponible y que es confiable que no causa que los padres lleguen tarde, falten al trabajo, o se distraigan en el trabajo? ¿Está disponible en su comunidad?	Sí	No	No se
¿Qué importancia tiene el cuidado infantil/preescolar confiable que no cause interrupciones en el trabajo para la comunidad?	1	2	3
QC3. ¿Cree que el futuro crecimiento y desarrollo de su comunidad depende del acceso a cuidado infantil de alta calidad?	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es la disponibilidad de cuidado infantil de alta calidad para el futuro crecimiento y desarrollo de su comunidad?	1	2	3
QC4. ¿Cree que el cuidado infantil/preescolar que se ofrece en su comunidad es de alta calidad?	Sí	No	No se
¿Qué tan importante es el cuidado infantil/preescolar de alta calidad en su comunidad?	1	2	3

NECESIDADES DE CUIDADO INFANTIL			
1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy importante			
CN1. ¿Actualmente utiliza un proveedor de cuidado infantil?	Sí	No	
Sí...			
CN1a. Es su proveedor de cuidado infantil:	En un centro	En una casa	Familia o amigo sin licencia
CN1b. ¿Tiene licencia su proveedor de cuidado infantil?	Sí	No	No se
CN1c. ¿En qué comunidad se encuentra su proveedor de cuidado infantil?			
(comm 1)	(comm 2)	(comm 3)	(comm 4)

(comm 5)	(comm 6)	(comm 7)	(comm 8)		
CN1d. ¿Fue difícil encontrar cuidado infantil a nivel local?		Sí	No		
CN1e. Si respondió Sí a la pregunta anterior, por favor indique por qué le fue difícil encontrar cuidado infantil (Seleccione todas las que correspondan)					
Costo	Disponibilidad	Calidad	Transporte		
Ubicación	Horas de operación	No sabía a quién preguntar	Otra		
Si contestó NO...					
CN1f. Por favor indique la razón por la cual no está usando un cuidado infantil:					
No fue económico	No pude encontrar/ No sé a quién preguntar	Confío en familiares y/o amigos	Desempleado		
Transporte	Trabajo diferente turno que mi pareja	No me siento cómodo con la calidad de cuidado infantil disponible	Soy un proveedor de cuidado infantil		
CN2. En los últimos 12 meses, ¿La falta de cuidado infantil le ha causado faltar al trabajo, llegar tarde o le ha causado distracción en el trabajo?		Sí	No	No se	
CN3. ¿Alguna vez le ha afectado la disponibilidad de cuidado infantil en su capacidad de aceptar o mantener algún trabajo?		Sí	No	No se	
CN4. ¿Qué es lo que busca en un proveedor o programa de cuidado infantil? (Seleccione todas las que correspondan)					
Económico	Personal/proveedor que le importe mi(s) hijo(s)	Horario estructurado con educación integrada	Tiempo limitado de pantalla		
Tenga licencia	Fiabilidad, limpio y/o seguro	Abierto en las tardes, fines de semana y/o sin citas	Otro		
CN5. ¿Se satisfacen sus necesidades de cuidado infantil?		Sí	No		
Si contestó NO...		Tiempo completo (más de 32 horas)	Medio tiempo (menos de 32 horas)	Horarios diferentes (varias horas al día)	Cuidado sin cita
CN5a. ¿Cuáles son sus necesidades de cuidado infantil por semana?		Después de la escuela	Tardes	Fin de semana	Durante la noche
CN5b. ¿A qué hora o día necesita cuidado infantil?		Durante el año escolar	Todo el año	Solo en el verano	
CN5c. ¿Durante qué parte del año necesita de cuidado infantil?					

PROPIETARIO DE EMPRESA/EMPLEADOR				
1= No es importante 2= Algo importante 3= Muy Importante				
B1. ¿Es un empresario o empleador? (Esto incluye dueños de centros de cuidado infantil y de cuidado infantil en los hogares)	Sí	No (pase a la sección demográfica)		
B2. ¿En los últimos 12 meses, la falta de cuidado infantil le ha causado a sus empleados que lleguen tarde, falten al trabajo o estén distraídos en el trabajo?	Sí	No	No se	
B3. ¿Alguna vez le ha afectado la disponibilidad de cuidado infantil en su capacidad de aceptar un empleo o de mantener empleados?	Sí	No	No se	
B4. ¿Alguna vez le ha afectado la disponibilidad de cuidado infantil en su capacidad de contratar su candidato de preferencia?	Sí	No	No se	
B5. ¿Tiene interés su organización en tener cuidado infantil en su ubicación en los próximos 3 años?	Sí	No	No se/NA	
B6. ¿Es el cuidado infantil para sus empleados parte de su plan de negocio o una prioridad de su negocio?	Sí	No	No se/NA	
B7. ¿Es su negocio de cuidado infantil?	Sí	No (pase a la sección demográfica)		
B8. ¿Actualmente, está proveyendo cuidado infantil en su hogar?	Sí	No		
B9. ¿Actualmente, tiene licencia del estado de Nebraska para proveer cuidado infantil?	Sí	No		
Si contestó "Sí" ...				
B9a. ¿Qué licencia tiene?	Cuidado infantil familiar en el hogar I	Cuidado infantil familiar en el hogar II	Centro de cuidado infantil	Solo Preescolar/ edad escolar
B9b. Si NO ha sido evaluado por el programa Step Up to Quality, por favor indique la razón. (Seleccione todas la que correspondan)	Tiempo	No sé qué es Step Up to Quality	No hay suficiente incentivo para participar	
	Costo	Requisitos de entrenamiento	Es muy confuso	Otro
Si contestó "No" ...				
B9c. Si NO tiene licencia, ¿Cuáles son las razones principales para no obtener una licencia? (Seleccione todas la que correspondan)	Tiempo	Requisitos de Entrenamiento	Dinero / Muy Caro	Barrera de Lenguaje

No estoy interesado	No quiero las reglas / vigilancia			Otro
B9d. ¿Que sería lo más útil para obtener una licencia? (Seleccione todas la que correspondan)				
Mentor para ayudar con el proceso	Entrenamiento gratis		Dinero para los materiales	
Traducción de materiales en otro idioma	Información sobre los beneficios de tener una licencia		Otro	
B10. ¿Piensa jubilarse o salirse del área de trabajo en un futuro cercano?				
Dentro de los próximos 2 años	3-5 años	6-8 años	7-10 años	No tengo planes de salirme dentro de los próximos 10 años
Si contestó "Sí" ...				
B10a. Si piensa salirse del área de trabajo dentro de los próximos 10 años, ¿Cuál es la razón?				
Jubilación	Niños estarán en la escuela	Entrando a otra rama de trabajo	Ya no pienso seguir trabajando	
Iré a la escuela	No hay suficientes ganancias / suficiente salario	Matriculación baja	Otro	
B11. ¿Estaría interesado en aprender más sobre prácticas de negocios sobre cuidado infantil?			Sí	No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA OPCIONAL				
OD1. ¿Actualmente, está empleado?	No	Medio tiempo	Tiempo completo	Más de 40 horas/semana
OD2. ¿En cuál comunidad vive?				
(comm 1)	(comm 2)	(comm 3)	(comm 4)	
(comm 5)	(comm 6)	(comm 7)	(comm 8)	
OD3. ¿En cuál comunidad está empleado?				
(comm 1)	(comm 2)	(comm 3)	(comm 4)	
(comm 5)	(comm 6)	(comm 7)	(comm 8)	
OD4. Seleccione su ingreso familiar de su hogar combinado				
No hay ingresos	\$0-\$19,999	\$20,000 - \$39,999	\$40,000 - \$59,999	
\$60,000 - \$79,999	\$80,000 - \$99,999	\$100,000 y más		

OD5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?			
No me gradué de la preparatoria	GED/Diploma de la preparatoria	Algo de universidad (sin título)	Escuela técnica/ Certificación
Grado asociado (2 años)	Bachillerato/Licenciatura (4 años)	Maestría	Doctorado
OD6. Seleccione todas la que correspondan a usted			
Blanco o Caucásico	Negro o Afroamericano	Hispano o Latino	Asiático o Asiático Americano
Nativo de Hawái u Isla del Pacífico	Indio Americano o Nativo de Alaska	Otro/ Desconocido	Prefiero no decir

Si desea participar para tener una oportunidad de ganar una de 20 tarjetas de regalo de \$50, por favor proporcione su nombre, número de teléfono, y correo electrónico abajo:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____