

Estándares de Calidad para el Fortalecimiento y Apoyo a las Familias

ENCUESTA DEL PARTICIPANTE



Por favor complete la encuesta a continuación y ayúdenos a mejorar nuestros servicios a las familias. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales. Gracias.

Por favor encierre en un círculo el número que indique si está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados acerca del Programa.

<i>Nombre del Programa</i>		Completa- mente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Completa- mente en Desacuerdo
1.	Los servicios y actividades se ofrecen en una <i>ubicación</i> conveniente.	4	3	2	1
2.	Los servicios y actividades se ofrecen en <i>horarios</i> convenientes.	4	3	2	1
3.	El personal es amable y respetuoso.	4	3	2	1
4.	El personal me ha preguntado acerca de las fortalezas, necesidades e intereses de mi familia.	4	3	2	1
5.	El personal me ayuda a entender cómo se propicia el desarrollo saludable de la familia.	4	3	2	1
6.	El personal ha invitado a miembros de mi familia a participar en los servicios y actividades.	4	3	2	1
7.	Tengo oportunidad de conocer y entablar amistad con otras familias.	4	3	2	1
8.	El personal habla mi idioma.	4	3	2	1
9.	El personal comprende mi identidad y cultura (tradiciones, valores, religión, orientación sexual, necesidades especiales, etc.)	4	3	2	1
10.	Tengo oportunidad de aprender de familias que son diferentes a la mía.	4	3	2	1
11.	El personal me ha ayudado a informarme sobre los servicios, recursos y oportunidades disponibles en la comunidad.	4	3	2	1
12.	Tengo oportunidad de expresar y recibir respuesta a mis opiniones e ideas sobre el programa.	4	3	2	1
13.	En general, este programa nos brinda a mí y a mi familia un apoyo valioso.	4	3	2	1
14.	Otros comentarios acerca del Programa:				