

ID# del Participante: _____
 Primera y ultima inicial y fecha de nacimiento (Ejemplo: bj07051986)

Fecha: _____

ID de la Agencia: _____

Comunidad CWB: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Parte 1. Por favor **encierra en círculo** el número que describa cuán a menudo estas afirmaciones son verdaderas para ti o para tu familia. **Primero piense en AHORA MISMO y en la línea de abajo reflexione en lo que era verdadero ANTES del servicio.** 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.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
2. Cuando discutimos, mi familia escucha ambas partes de la historia.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
3. En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi familia se apoya en momentos de estrés.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi familia soluciona todos nuestros problemas.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando me siento solo/a, tengo a varias personas con las que puedo hablar.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo sé a dónde ir si mi familia llegara a necesitar comida o alojamiento provisional.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7

		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre	Siempre
9. Yo sé a dónde (o con quién) ir para conseguir ayuda si tuviera dificultades financieras.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
10. Si existe una crisis, tengo personas con quienes contar.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
11. Yo sé a dónde ir para recibir ayuda si necesito conseguir un trabajo.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento segura/o en mi papel como madre/padre.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
13. Sé cómo ayudarle a mi hijo/a a aprender.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
14. Mi niño/a se porta mal sólo para hacerme enojar.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
15. Yo elogio a mi niño/a cuando se porta bien.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
16. Cuando disciplino a mi niño/a pierdo el control.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy feliz cuando estoy con mi niño/a.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
18. Mi niño/a y yo somos muy unidos.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
19. Puedo tranquilizar a mi niño/a cuando está enojado/a.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7
20. Yo paso tiempo con mi niño/a haciendo lo que le gusta.	AHORA MISMO, al final del servicio	1	2	3	4	5	6	7
	ANTES, del servicio	1	2	3	4	5	6	7

Género: Masculino Femenino

¿Quién complete esta encuesta?

- Padre/Madre Padre adoptivo
 Abuelo/Abuela Otro pariente Otro _____

Raza/Etnicidad (por favor escoja la respuesta que mejor describe com usted se identifica):

- Multi-Racial Blanco (non-Hispanic)
 Nativo Americano or Nativo de Alaska Africano Americano
 Hispano o Latino Otro _____

Usted o su hijo recibe alguno de los recursos siguientes:

- Medicaid Titulo XX Almuerzo gratis y reduccido

¿Qué es lo que gusto más sobre los grupos?

¿Tiene alguna sugerencias para mejorar los grupos?

Doy permiso a _____ (Nombre del proyecto)			
Para compartir esta encuesta y los resultados del Protective Factor Survey con Nebraska Children y sus evaluadores contractados como parte de la evaluación de este programa fundado en parte por Nebraska Children.			
	Fecha	Testigo	Fecha



Por favor *encierre en un círculo* el número que describa el enunciado que refleje su opinión acerca del programa.

	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
21. Me sentí respetado/a y valorado/a por el/la terapeuta y el personal.	1	2	3	4	5	6	7
22. He aprendido nuevas técnicas para enseñarle nuevas destrezas a mi niño/a.	1	2	3	4	5	6	7
23. Siento que la relación con mi hijo/a es mejor que antes.	1	2	3	4	5	6	7
24. Yo recomendaría esta terapia o programa a otros padres de familia.	1	2	3	4	5	6	7