

ICAPP Encuesta Familiar de Iowa

**La encuesta contiene preguntas sobre usted, sus experiencias como padre, y su punto de vista sobre la vida en general. Toda la información que usted comparta será confidencial y no afectará los servicios que recibe.**

 **Nombre del Programa: Fecha en que se completó la encuesta:** \_\_\_**/ / 6**

 **Nombre de usted: Numero do identificacion de el/la cuidador(a):**

 **Nombre de pila/Apellido**

**Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Por favor marque la caja que describa cuán a menudo estas afirmaciones son verdaderas para ti o para tu familia. |
|  | **Nunca** | **Casi Nunca** | **Pocas Veces** | **A Veces** | **Muchas Veces** | **Casi Siempre** | **Siempre** |
| 1. En mi familia, hablamos acerca de los problemas.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Cuando discutimos, mi familia escucha ambas partes de la historia.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. En mi familia, tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mi familia se apoya en momentos de estrés.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mi familia soluciona todos nuestros problemas.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Cuando me siento solo/a, tengo varias personas con las que puedo hablar.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Yo sé a dónde ir si mi familia llegar a necesitar comida o alojamiento provisional.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Yo sé a dónde (o con quién) ir para conseguir ayuda si tuviera dificultades financieras.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Si exista una crisis, tengo personas con quienes contar.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Yo sé a dónde ir para recibir ayuda si necesito conseguir un trabajo.
 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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 más 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: o Fecha de Nacimiento: / / \_\_ |
|  | **Nunca** | **Casi Nunca** | **Pocas Veces** | **A Veces** | **Muchas Veces** | **Casi Siempre** | **Siempre** |
| 1. Me siento segura/o en mi papel como madre/padre.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Sé cómo ayudarle a mi hijo/a a aprender.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mi niño/a se porta mal sólo para hacerme enojar.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Yo elogio a mi niño/a cuando se porta bien.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Cuando disciplino a mi niño/a pierdo el control.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Soy feliz cuando estoy con mi niño/a.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mi niño/a y yo somos muy unidos.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Puedo tranquilizar a mi niño/a cuando está enojado/a.
 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Yo paso tiempo con mi niño haciendo lo que le gusta.
 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **Por favor identifique su estatus con el programa como se relaciona cuando usted está tomando la encuesta.**  |
|  |
|  |  |
| **Admisión nueva/reciénte** [ ] **(Contemplando la encuesta inicial)** **Participación continuada** [ ] **Completado** [ ]  |  |
|  |  |
|  |
|  |

