

PROYECTO DE INCLUSION SOCIAL
PROGRAMA DE LA SOCIEDAD DE DESARROLLO SOCIAL – SERIE DE CUESTIONARIOS

(Social Inclusion Project. Exo Questionnaire: ‘You and Your Community’)

CUESTIONARIO “EXO”: TU Y TU COMUNIDAD

Descripción: Este cuestionario le ayuda a padres de familia a identificar barreras que evitan el acceso a programas y servicios dentro de la comunidad. Las respuestas son anónimas y ninguna información personal es almacenada.

- ❖ Sección A: Estrés Relacionado con Servicios de Apoyo
- ❖ Sección B: Grado de Satisfacción con Agencias
- ❖ Sección C: Grado de Satisfacción con Servicios
- ❖ Sección D: Enterándose de Agencias y Servicios en su Comunidad
- ❖ Sección E: Conocimiento Sobre Agencias y Servicios en su Comunidad
- ❖ Sección F: Que Haría su Vida más Fácil

INTRODUCCION

Los siguientes enunciados están relacionados con la manera como su familia ha podido ser afectada por tener un hijo en riesgo de retraso en el desarrollo. A través de nuestras múltiples conversaciones con padres de familia de niños con necesidades especiales, ciertos problemas han sobresalido como los más preocupantes.

Al responder las preguntas de esta sección del cuestionario, usted le estará dando a aquellos que trabajan con niños en riesgo de retraso en el desarrollo, información invaluable sobre cuáles son algunos de los retos que enfrentan los padres de estos niños. Lo que estamos buscando específicamente, es información sobre las barreras que impiden la inclusión de niños “en riesgo”, desde el punto de vista de los padres.

Frecuentemente nos hemos dado cuenta que niños que están en riesgo de retraso en el desarrollo son excluidos de ciertos programas comunitarios o escuelas. Quisiéramos identificar algunas de las razones detrás de esta exclusión, de tal manera que eventualmente, las barreras puedan ser estudiadas y eliminadas. A su vez, esto nos ayudaría a esforzarnos por proveerle a usted y a su familia con mejores servicios (servicios dirigidos a las necesidades de su familia vista de manera integral)

Estos cuestionarios son completamente anónimos. Sin embargo, sabiendo los primeros tres números de su código postal, nosotros podríamos intentar determinar de donde podrían provenir algunas de las dificultades que usted está viviendo.

SECCION A: ESTRES RELACIONADO CON SERVICIOS DE APOYO

Los siguientes enunciados son acerca de sus experiencias del día a día con profesionales que trabajan con su hijo. Por favor indique si está de acuerdo o no con cada uno de los siguientes enunciados señalando la opción que encuentre más apropiada:

PREGUNTA: Me siento frustrado o estresado por:				
1. No saber qué servicios hay disponibles para mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
2. No saber a dónde ir para obtener servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
3. No saber a dónde acudir para obtener fondos adicionales o apoyo económico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
4. No tener servicios suficiente especializados para mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
5. No tener profesionales licenciados y/o certificados trabajando con mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
6. La falta de servicios centralizados (Ej. Tener que ir a diferentes sitios por diferentes servicios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
7. La falta de continuidad de servicios (Ej. Tener que cambiar de proveedores de servicios porque mi hijo ha alcanzado cierta edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
8. La falta de coordinación de servicios entre diferentes proveedores de servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
9. No poder enviar a mi hijo a un programa comunitario (porque el tiempo del programa no es apropiado y/o porque programas disponibles no ofrecen sus servicios a niños diferentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

PREGUNTA: Me siento frustrado o estresado por:

10. Algunas veces obtener el mismo servicio en más de una agencia, y al mismo tiempo no poder obtener otro servicio en ninguna. (Ej. Obtener asesoría para mejorar las habilidades motoras de mi hijo de más de un terapeuta y no obtener ninguna asesoría para ayudar a mi hijo a desarrollar sus habilidades del lenguaje de ninguna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
11. Obtener algunas veces información contradictoria de diferentes proveedores de servicios (Ej. Cómo ayudar a mi hijo con sus habilidades de comunicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
12. Tener que esperar largo tiempo para empezar ciertos servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
13. Tener que trasladar mi hijo de un lugar a otro sin mucha ayuda de los prestadores de servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
14. Disponibilidad de servicios en forma de “ciclos” solamente (Ej. Teniendo servicios de terapia del lenguaje en ciclos de tres meses, donde mi hijo recibiría la terapia por tres meses y luego pararía por tres meses, para volver a empezar por otros tres meses...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
15. Demasiadas intervenciones/demasiados especialistas atendiendo a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
16. Demasiado pocas intervenciones/demasiado pocos especialistas atendiendo a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
17. Teniendo demasiado pocos exámenes/estudios realizados a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
18. Teniendo demasiados exámenes/estudios realizados a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

SECCION B: GRADO DE SATISFACCION CON AGENCIAS

Los siguientes enunciados se refieren a cualquier agencia (o agencias) con la cual usted haya interactuado y su satisfacción general con esta agencia. Por favor indique si está de acuerdo o no con los siguientes enunciados, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno:

PREGUNTA: Estoy frustrado con la inhabilidad/ falta de voluntad de la escuela o pre-escolar o jardín infantil o agencia de la comunidad o programa desarrollado en el hogar para:				
19. Hacer transferencia de servicios de un sitio a otro (Ej. Transición de pre-escolar a kínder)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
20. Prestar servicios académicos <i>apropiados</i> (dar instrucción de una manera apropiada para el estilo de aprendizaje de mi hijo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
21. Tener personal calificado para interactuar con mi hijo (Ej. Personal con el entrenamiento o experiencia apropiada para manejar las necesidades especiales que tiene mi hijo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
22. Brindar a mi hijo con servicios de evaluación (Ej. Evaluación de la mejor manera como mi hijo aprende)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
23. Desarrollar un plan de manejo del comportamiento en el salón de clases para mi hijo (Ej. Un plan que le provea a los profesores y asesores acerca de qué hacer en el momento en que mi hijo realice una rabieta en clase)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
24. Brindar soporte continuo para manejar la condición de mi hijo (Ej. La escuela/centro cuenta con un Programa de Educación Individualizada, pero no cuenta con soporte para aplicar y mantener lo que hace parte del programa)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
25. Dar a mi hijo los medicamentos que requiere (Ej. Par epilepsia, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad [TDAH] o asma)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
26. Aconsejarme cómo manejar el comportamiento de mi hijo en casa (para que haya consistencia entre lo que pasa en la escuela y lo que pasa en casa)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica

PREGUNTA: Estoy frustrado con la inhabilidad/ falta de voluntad de la escuela o pre-escolar o jardín infantil o agencia de la comunidad o programa desarrollado en el hogar para:

27. Aconsejarme cómo ayudar a mi hijo con sus tareas (que estrategias están dando mejores resultados en niños con necesidades especiales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
28. Referirme al profesional adecuado en la comunidad (Ej. Asesores de comportamiento, especialistas en fonoaudiología, o psicología...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
29. Explicarme cosas de una manera que pueda entender (en lugar de usar demasiados términos técnicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
30. Tenerme en cuenta como <i>igual</i> en cualquier decisión que se tome sobre mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
31. Estar disponible cuando tengo preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

SECCION C: GRADO DE SATISFACCION CON SERVICIOS

En la siguiente sección encontrará preguntas con respecto a su satisfacción con los servicios prestados a su hijo y aquellos que prestaron esos servicios. Por favor indique si está de acuerdo o no con los siguientes enunciados, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno:

PREGUNTA: Siento que las necesidades relacionadas con la condición del desarrollo de mi hijo:				
32. Es fácil conectarse con servicios en la comunidad (Ej. Es fácil encontrar profesionales que pueden ayudar a mi hijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
33. Es fácil encontrar servicios en la comunidad (Ej. Tales como el “IDP” Programa de Desarrollo Infantil de British Columbia o Agencias de Salud Pública)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
34. No me han dado suficiente información para poder cuidar de mi hijo en casa (Ej. Qué hacer si mi hijo sufre una convulsión o una rabieta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
35. Estoy siendo enviada en diferentes direcciones por diferentes proveedores de servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
36. Los servicios que mi hijo está recibiendo son basados en las necesidades de mi hijo y de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
37. Los proveedores de servicios con los que yo trabajo tiene en cuenta las características culturales/ raciales/étnicas de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
38. Los proveedores de servicios y personal escolar deberían estar mejor educados sobre la condición de mi hijo (Ej. A veces siento que las personas que trabajan con mi hijo no lo conocen realmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
39. La agencia comunitaria/escuela/pre-escolar/jardín infantil de mi hijo no hace lo suficiente para prevenir actitudes que crean barreras para la inclusión social de mi hijo en diferentes actividades (Ej. Algunas de las personas en estos sitios pretenden no notar cuando mi hijo es molesto o es excluido de ciertas actividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

PREGUNTA: Estoy frustrado con la inhabilidad/ falta de voluntad de la escuela o pre-escolar o jardín infantil o agencia de la comunidad o programa desarrollado en el hogar para:

<p>40. Algunos maestros /trabajadores comunitarios pueden ser muy ofensivos con mi hijo porque es diferente (Ej. Ellos podrían evitarlo o ser menos paciente con el que con otros niños</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
<p>41. Mi hijo frecuentemente es ignorado por el personal de la escuela/pre-escolar/-jardín infantil/agencia comunitaria</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica
<p>42. La <i>misión</i> de la escuela/pre-escolar/jardín infantil/agencia comunitaria como entidad, no incluye el aceptar y respetar todos aquellos que son diferentes (Ej. No hay mención acerca de la aceptación y respeto a todos aquellos que puedan ser diferentes)</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro	<input type="checkbox"/> No se Aplica

SECCION D: ESCUCHANDO ACERCA DE LAS ORGANIZACIONES Y SERVICIOS DE SU COMUNIDAD

La lista anexa a continuación provee información acerca de los servicios y organizaciones disponibles en su comunidad y también en otros lugares. Por favor indique si ha escuchado o no acerca de estos servicios y/u organizaciones haciendo clic en el espacio indicado:

PREGUNTA: He escuchado acerca de:				
43. Servicios de apoyo financiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
44. Recursos de internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
45. Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
46. Servicios de terapia ocupacional (incluyendo la integración sensorial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
47. Desarrollo infantil en línea y/o cursos en desarrollo infantil atípico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
48. Servicios de terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
49. Profesionales en psicología y/o servicios diagnósticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
50. Servicios de fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

PREGUNTA: Estoy frustrado con la inhabilidad/ falta de voluntad de la escuela o pre-escolar o jardín infantil o agencia de la comunidad o programa desarrollado en el hogar para:

51. El programa “Hanen”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
52. El Programa de Desarrollo Infantil de la Columbia Británica (“The Infant Development Program of British Columbia”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
53. El programa “The Parent Child Mother Goose”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
54. Servicios ofrecidos por el Ministerio del Desarrollo Infantil y de la Familia (“Ministry of Child and Family Development”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
55. Servicios ofrecidos por el Ministerio de la Educación (“Ministry of Education Services”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
56. Servicios ofrecidos por el Ministerio de la Salud (“Ministry of Health Services”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
57. El programa del apoyo al desarrollo infantil (“The Supported Child Development Program”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

SECCION E: CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS ORGANIZACIONES Y SERVICIOS DE SU COMUNIDAD

Es posible que usted haya escuchado acerca de los servicios y organizaciones mencionadas en la sección anterior pero realmente no tenga mucha información acerca de ellos. En la siguiente sección, por favor indique si realmente conoce o no estos servicios y/u organizaciones haciendo clic en el espacio indicado:

PREGUNTA: Tengo conocimientos acerca de:				
58. Servicios de terapia del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
59. Servicios de apoyo financiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
60. Recursos de internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
61. Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
62. Servicios de terapia ocupacional (incluyendo la integración sensorial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
63. Desarrollo infantil en línea y/o cursos en desarrollo infantil atípico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
64. Servicios de terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

PREGUNTA: Tengo conocimientos acerca de:

65. Profesionales en psicología y/o servicios diagnósticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
66. Servicios de fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
67. El programa “Hanen”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
68. El Programa de Desarrollo Infantil de la Columbia Británica (“The Infant Development Program of British Columbia”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
69. El programa “The Parent Child Mother Goose”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
70. Servicios ofrecidos por el Ministerio del Desarrollo Infantil y de la Familia (“Ministry of Child and Family Development”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
71. Servicios ofrecidos por el Ministerio de la Educación (“Ministry of Education Services”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
72. Servicios ofrecidos por el Ministerio de la Salud (“Ministry of Health Services”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
73. El programa del apoyo al desarrollo infantil (“The Supported Child Development Program”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

SECCION F: QUE HARIA SU VIDA MAS FACIL

Los siguientes enunciados son acerca de los servicios que podrían hacer su vida más fácil. Por favor indique si quisiera tener acceso a alguno de ellos o no.

PREGUNTA: Me gustaría:				
74. Tener una persona que fuera mi contacto de base para coordinar la consecución de todos los servicios ofrecidos a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
75. Reunirme más frecuentemente con los profesionales que trabajan con mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
76. Sentirme de igual a igual con las personas que participan en la educación y/o tratamientos y terapias de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
77. Sentirme de igual a igual con las personas que participan en los programas de intervención en los que participa mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
78. Ver que los profesionales monitorean (siguen de cerca) las metas que se han fijado para mi hijo, más frecuentemente de lo que lo hacen ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
79. Ver los reportes de las evaluaciones que hacen los profesionales a mi hijo de manera que los pueda entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
80. Saber más sobre los derechos de mi hijo en asuntos relacionados con sus evaluaciones (Ej. A que evaluaciones tiene derecho mi hijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
81. Saber más sobre los derechos de mi hijo en asuntos relacionados con las intervenciones (Ej. A que intervenciones tiene derecho mi hijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
82. Saber más sobre los derechos de mi hijo en asuntos relacionados con servicios escolares (Ej. A que terapias, tratamientos, programas tiene derecho mi hijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

PREGUNTA: Me gustaría:

83. Tener algunos folletos en mi primer idioma (Ej. Folletos sobre desarrollo infantil o servicios de intervención temprana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica
84. Participar en grupos de padres que ayuden a incrementar el conocimiento y la conciencia sobre las necesidades de los niños que están en riesgo de retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	No Estoy Seguro	No se Aplica

85. Por favor indique su ciudad/localidad

86. Por favor indique su provincia/estado

87. Por favor indique los tres primeros números de su código postal

Nota Especial:

Para obtener una lista de recursos, por favor haga clic en los siguientes enlaces (cada uno de ellos se abrirá en una ventana nueva):

<http://www.earlylearning.ubc.ca/SDPP/generalresources.htm>

<http://www.earlylearning.ubc.ca/SDPP/specificdisorders.htm>

<http://www.earlylearning.ubc.ca/SDPP/books.htm>

<http://www.earlylearning.ubc.ca/SDPP/dvds.htm>

<http://www.earlylearning.ubc.ca/SDPP/questionsfordoctors.htm>