

Encuesta para Padres

He leído el consentimiento informado y mis preguntas han sido contestadas. Marcando esta casilla y rellenando la encuesta indica que estoy de acuerdo en participar y que tengo por lo menos 18 años de edad.

1. ¿Cuántos de sus niños asisten a este programa después de la escuela? _____

2. ¿Cuánto tiempo ha estado su hijo (a) participando en el programa?

Menos de 6 meses

1-2 meses

6-12 meses

Más de 2 años

3. ¿Con qué frecuencia su hijo (a) por lo general asiste al programa?

Casi todos los días

Un par de veces al mes

Un par de veces a la semana

Una vez al mes

Una vez a la semana

Menos de una vez al mes

4. Por favor describa qué categoría mejor describe la raza / origen étnico de su hijo:

Blanco

Afroamericano

Latino

Asiático

birracial

Nativo Americano

Otros: _____

5. ¿Qué edad tiene su hijo? _____

6. Si su hijo no asistiría esta programa, ¿cuál de las siguientes actividades haría su hijo fuera de la escuela?

Se queda solo en casa con los hermanos más menores

Está en casa con sus padres, abuelos, hermanos mayores

Ir a la casa de un abuelo o de un familiar

Asiste a otro programa diferente después de clases. Si contesta si como se llama

el programa: _____

Participar en otras actividades después de escuela. Si contesta si escriba cuales programas: _____



13. Cuando el estudiante asiste al programa y termina la tarea, ¿con qué frecuencia usted revisa si a terminado la tarea?
O Nunca O Raramente O de vez en cuando O Regularmente O Frecuentemente

Necesidades Educativas Especiales

14. ¿Su hijo recibe servicios de educación especial a través de la escuela?
O Sí O No O inseguro

Si su respuesta es No, por favor, no llene el resto de la encuesta. Gracias por su participación!

15. ¿Qué servicios de educación especial es elegible actualmente su hijo? (Marque todas las que apliquen)
- Habla / lenguaje
 - Autismo/ Retraso en el desarrollo
 - Problemas de aprendizaje
 - Discapacidad intelectual (retraso mental, lesión cerebral traumática)
 - Discapacidad Mental Emocional (Temas sociales, emocionales o de comportamiento)
 - Deterioro (pérdida de la audición, sordera) Audiencia
 - Discapacidad Visual (Problemas de la visión, ceguera)
 - Ortopedia / Corporales deterioro (parálisis cerebral, espina bífida, discapacidad física)
 - Afecciones de salud (asma, ADHD, síndrome de Tourette, etc)
 - Otros: _____

16. ¿Hasta qué punto siente que el personal del programa comprende las necesidades de educación especial de su hijo?
- | | | | | |
|--------|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (Nada) | | | | (Una buena medida) |

17. ¿Hasta qué punto siente usted que el personal del programa están conscientes de las facilidades que el estudiante recibe durante el día escolar regular?
- | | | | | |
|--------|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (Nada) | | | | (Una buena medida) |

18. ¿Hasta qué punto siente usted que las facilidades durante las horas de clase se aplican después de la escuela?
- | | | | | |
|--------|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (Nada) | | | | (Una buena medida) |



25. ¿Ha recibido entrenamiento de cómo trabajar con su niño con necesidades especiales?

- Sí No

Si contesto si ,

Qué temas se cubrieron: _____

Qué organización (s) le dio el entrenamiento:

26. ¿Qué recursos se le han dado a usted por el distrito / escuela para ayudarle a trabajar con su niño con necesidades especiales?

27. ¿Qué temas / recursos de capacitación le gustaría recibir con respecto a su niño con necesidades especiales?

28. Incluya cualquier otro comentario relevante a la encuesta:

Gracias por participar!

