



Modelo de encuesta para padres de Head Start

Recopilación de datos: Encuesta para padres de Head Start con niños en edad preescolar

Esta encuesta está siendo completada por:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> el padre | <input type="checkbox"/> blanco |
| <input type="checkbox"/> la madre | <input type="checkbox"/> negro/afroamericano |
| <input type="checkbox"/> ambos padres | <input type="checkbox"/> hispano |
| <input type="checkbox"/> el tutor | <input type="checkbox"/> asiático/isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> otro | <input type="checkbox"/> indígenas estadounidenses |
| (Relación: _____) | <input type="checkbox"/> Otro (_____) |

Nombre del programa Head Start _____

Instrucciones: Marque "Sí" o "No"	Sí	No
1) La ubicación de mi centro Head Start fue cómoda para la participación de mi familia.		
2) El programa Head Start proporcionó transporte para mi hijo.		
3) La información proporcionada por Head Start incluyó materiales para padres y madres.		
4) Los horarios del programa actual cumplieron con las necesidades de mi familia.		
5) Head Start cubriría mejor las necesidades de nuestra familia con un programa de 12 meses.		
6) Head Start cubriría mejor las necesidades de nuestra familia con un programa de 5 días a la semana.		
7) Head Start cubriría mejor las necesidades de nuestra familia con un programa de 8 a 10 horas por día.		

Instrucciones: Marque la casilla que mejor describe cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones:	Estoy de acuerdo	Neutral	No estoy de acuerdo	No lo sé
8) Estoy satisfecho con los servicios de Head Start que recibe mi familia:				
a. del personal del salón de clases.				
b. de la administración.				
c. de los proveedores de servicios familiares.				
d. del personal de salud.				
9) Head Start ha ayudado a mi hijo a prepararse para:				
a. volverse más independiente.				
b. aprender los conceptos básicos del lenguaje.				
c. aprender los conceptos básicos de las matemáticas.				



Instrucciones: Marque la casilla que mejor describe cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones:	Estoy de acuerdo	Neutral	No estoy de acuerdo	No lo sé
d. aprender a compartir y cooperar.				
10) Head Start le da a mi hijo un:				
a. lugar seguro para aprender.				
b. entorno limpio.				
11) Head Start me proporciona información de calidad a través de:				
a. boletines.				
b. el manual de los padres.				
c. reuniones entre los padres y maestros, y las visitas al hogar.				
d. los calendarios mensuales.				
e. visitas al hogar con proveedores de servicios familiares.				
f. el sitio web y mensajes electrónicos.				
g. volantes con los anuncios de los próximos eventos.				
12) Head Start me ha informado sobre cómo participar en:				
a. el Consejo de políticas.				
b. el comité de padres.				
c. el voluntariado en el salón de clases.				
d. los eventos y las reuniones familiares del programa.				
e. los eventos de paternidad.				
13) Head Start me ha brindado apoyo informativo sobre:				
a. el desarrollo infantil.				
b. los recursos de la comunidad.				
c. las relaciones personales.				
d. las discapacidades.				
e. la salud mental.				
f. la salud y la salud dental.				
14) Head Start me ha permitido:				
a. definir mis propias metas de vida.				
b. lograr y perseguir mis metas.				
c. comprender y llevar a cabo mi papel como principal educador de hijo.				
15. El maestro de mi hijo:				
a. trabajó conmigo para planificar el aprendizaje y el desarrollo de mi hijo.				
b. planificó actividades en torno a las necesidades individuales de mi hijo.				
c. me ayudó a comprender mejor el desarrollo social y emocional de mi hijo.				



Instrucciones: Marque la casilla que mejor describe cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones:	Estoy de acuerdo	Neutral	No estoy de acuerdo	No lo sé
16) Cuando solicité ayuda con el desarrollo social y emocional de mi hijo, esta:				
a. fue proporcionada a su debido tiempo.				
b. fue útil y exitosa.				
c. respetó los valores de mi familia.				
17) Los centros de Head Start son acogedores para los padres.				
18) Head Start me ha brindado información sobre las discapacidades. (Encierre en un círculo "Sí" o "No". En caso de responder "No", pase a la pregunta 20.)	Sí		No	
19) Cuando solicité ayuda con las discapacidades de mi hijo, esta:				
a. fue proporcionada a su debido tiempo.				
b. fue útil y funcionó bien.				
c. respetó los valores de mi familia.				
20) Mi hijo asiste a cuidado infantil antes o después de Head Start. (Encierre en un círculo "Sí" o "No".)	Sí		No	
21) Hubo rotación del personal que trabajó con mi hijo y mi familia este año (p. ej., los maestros, los maestros auxiliares, el conductor del autobús, los proveedores de servicios familiares). (Encierre en un círculo "Sí" o "No".)	Sí		No	

Instrucciones: Marque la casilla que mejor describe cómo se siente acerca de la siguiente declaración:	Negativo	En cierto modo negativo	Neutral	En cierto modo positivo	Positivo
22) Esta rotación tuvo qué tipo de efecto en la experiencia de mi familia:					

23) Las mayores fuentes de tensión de mi familia este año se relacionan con: (Marque todo lo que corresponda)

- las discapacidades de mi hijo la educación o capacitación para el trabajo el empleo
- las finanzas la vivienda aspectos conyugales o personales aspectos médicos y dentales
- la salud mental el transporte otro

24) Lo que más me preocupa en relación a mi familia en este momento es:

25) Otros comentarios que tengo:

