

FRC: _____

Fecha: _____

¿EN QUÉ PUEBLO VIVE USTED? _____

**CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA CLASES Y TALLERES**

1. ¿A cuál de los programas o talleres acaba de asistir usted en el Centro de Recursos Familiares?

Clase de crianza de los hijos (por favor marque una)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crianza activa 4.a Edición | <input type="checkbox"/> Programa para papás comprensivos |
| <input type="checkbox"/> Crianza activa de los 5 primeros años | <input type="checkbox"/> Programa para la crianza comprensiva |
| <input type="checkbox"/> Crianza activa de adolescentes | <input type="checkbox"/> Crianza de los hijos en Estados Unidos |
| <input type="checkbox"/> Criar hijos con sabiduría | <input type="checkbox"/> La aventura de criar hijos |
| <input type="checkbox"/> Guía de buenas opciones | <input type="checkbox"/> La aventura de criar hijos II |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique): _____ | |

Taller (por favor especifique): _____

El Centro de Recursos Familiares (FRC, *Family Resource Center*) desearía conocer sus experiencias con la clase o el taller. Por favor tómese unos minutos para completar esta breve encuesta para que podamos mejorar nuestros servicios.

2. Piense en la clase o el taller al que usted asistió, ¿en qué medida está usted de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones? *Por favor elija una respuesta para cada afirmación.*

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro/a	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los materiales que me resultaron útiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clase cubrió mis necesidades e intereses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estuvo bien organizado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pude entender fácilmente la clase o el taller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las actividades me ayudaron a entender lo que me estaban enseñando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El número total de sesiones me resultó eficaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adquirí nuevas destrezas sobre crianza de los hijos debido a la clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de mi familia ha mejorado debido a lo que aprendí en esta clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, esta clase fue muy útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendaría esta clase a otras familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Le ha impedido alguno de los siguientes motivos participar en los programas o servicios del Centro de Recursos Familiares?
(Por favor marque todos los que correspondan)
- Horario del programa
 - Transporte
 - Lista de espera
 - Cuidado infantil
 - No me sentí bienvenido/a
 - Idioma
 - No se ofrecía el tipo de programa que necesitaba
 - Otro _____
4. ¿Qué es lo más importante que aprendió en esta clase o en este taller?
5. ¿Hay otros talleres o clases que usted quisiera que el Centro de Recursos Familiares ofreciera?

Información general: (VOLUNTARIA)

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____
2. ¿Es usted padre o madre (ya sea biológico/a, adoptivo/a, padrastro o madrastra, o de crianza), o abuelo o abuela?
- Sí, padre/madre
 - Sí, abuelo/a
 - No
3. ¿Cuál es su género?
- Femenino
 - Masculino
 - Transgénero
 - Otro
4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es su raza o grupo étnico?
- Negro o Afroamericano
 - Indígena norteamericano o nativo de Alaska
 - Asiático
 - Hispano o latino
 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 - Blanco
5. ¿Por cuánto tiempo ha usado usted los servicios y programas del Centro de Recursos Familiares?
- Recién empecé (menos de 1 mes)
 - De 2 a 6 meses
 - De 7 a 12 meses
 - Más de un año

¡GRACIAS POR SU OPINIÓN!

*Apreciamos profundamente su participación en esta encuesta.
Nos ayudará a planificar los talleres y las clases en el futuro.*