

Herramienta de medición culturalmente sensible: factores de protección (CRMT-PF)

☐ Evaluación Previa
☐ Evaluación Posterior
☐ Evaluación única

Se realiza esta encuesta por dos motivos: para entender sus fortalezas y necesidades como familia, y -más ampliamente- para entender lo que las familias (de todas las estructuras) del condado de King necesitan para prosperar. En esta encuesta le haremos algunas preguntas relacionadas al trabajo que usted hace con nuestro programa, pero también habrá preguntas que pueden no parecer relacionadas. Por ejemplo, hacemos preguntas para entender que es lo que las familias pueden y no pueden pagar de acuerdo a su situación financiera actual. No se trata de un juicio ni de una promesa de servicios.

Sus respuestas son confidenciales y de ninguna manera se utilizarán en su contra. Si hay preguntas que no se siente cómodo/a contestando, no dude en seleccionar "prefiero no contestar" cuando esto suceda. Sus respuestas nos ayudarán a comprender dónde será necesario proporcionar o conectar a las familias con recursos en el futuro. **¡Gracias por responder con sinceridad!**

Pensando en su vida en este momento, seleccione en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no responder
1. En general, mi familia sabe que somos lo bastante fuertes para resolver los problemas de nuestras vidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las tradiciones de nuestra familia son importantes para nosotros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En general, mi familia trabaja en equipo para resolver los problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En general, mi familia mantiene la esperanza, incluso en momentos difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi familia puede encontrar tiempo para las cosas que nos importan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siento que siempre le estoy diciendo a mi(s) hijo(s) "no" o "basta".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La forma en que respondo a mi(s) hijo(s) depende de cómo me siento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es importante mostrar que entiende los sentimientos de su hijo cuando se comporta mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los padres/cuidadores tienen un gran impacto sobre cómo su(s) hijo(s) crecen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estas preguntas nos ayudan a entender su sistema de apoyo actual. Pensando en su vida en este momento...						
10. Tengo a alguien en mi vida que me motiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo a alguien en mi vida que es honesto(a) conmigo en los temas difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando estoy tratando de lograr un objetivo, tengo a alguien en mi vida que me apoya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando necesito que alguien cuide a mi(s) hijo(s) sin tener mucho aviso previo, puedo encontrar a alguien de confianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo gente en la que confío para pedirles consejo acerca de: (marque todas las opciones que se apliquen)	<div> <input type="checkbox"/> Dinero/facturas/presupuesto <input type="checkbox"/> Alimentos/nutrición <input type="checkbox"/> Cuidado de mi(s) hijo(s) </div> <div> <input type="checkbox"/> Relaciones <input type="checkbox"/> Estrés/preocupaciones <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores </div>					

A veces es difícil para las familias pagar por cosas que necesitan. Esto no es un juicio ni una promesa de servicios, pero nos ayudará a entender qué necesitan las familias para prosperar. Responda de acuerdo con la situación que vive en este momento, incluso si algunos de sus gastos se pagan a través de beneficios sociales (como asistencia para el alquiler o cupones de alimentación). Gracias por responder con sinceridad.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no responder
15. Tengo problemas para pagar lo que necesito cada mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Puedo comprar la comida que quiero para alimentar a mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. En el último **mes**, **no** estaba en condiciones de pagar: (marque todas las opciones que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler o hipoteca | <input type="checkbox"/> Servicios públicos o facturas (luz/gas/calefacción/ teléfono/internet, etc.) | <input type="checkbox"/> Transporte (gasolina, pases de autobús, viajes compartidos) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil / cuidado diario | <input type="checkbox"/> Medicamentos, gastos médicos, servicios de salud mental, copagos | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Alimentos (incluida la leche de fórmula/pañales) | <input type="checkbox"/> Artículos básicos del hogar o de higiene personal (incluida ropa/calzado) | <input type="checkbox"/> Pude pagar todos estos |

18. En el último **año**, le ha pasado alguno de los siguientes: (marque todas las opciones que apliquen)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se ha retrasado o no ha recibido atención médica o dental para usted o para su familia | <input type="checkbox"/> Se ha mudado con otras personas, aunque haya sido temporal, porque no pudo pagar el alquiler, la hipoteca o las facturas | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos se refiere a mí |
| <input type="checkbox"/> Ha sido desalojado de su casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Ha perdido acceso al transporte regular (por ejemplo, vehículo siniestrado o embargado) | |
| <input type="checkbox"/> Ha vivido en un centro de acogida, en un hotel/motel, en un edificio o vehículo abandonado | <input type="checkbox"/> Se ha quedado desempleado cuando en realidad necesitaba o quería tener un trabajo | |

La siguiente sección se centra en sus experiencias hasta el momento con nuestra organización. Sus respuestas pueden ayudar al personal a mejorar los servicios prestados a usted y a otras personas como usted, por lo que agradecemos sus sinceros comentarios. NOTA: OMITA ESTA SECCIÓN SI LA REALIZA COMO EVALUACIÓN PREVIA (consulte la parte superior de la página 1).

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no responder
19. Cuando hablo con el personal de este programa sobre mis problemas, parecen entenderme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. El personal de este programa se preocupa de verdad por mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. El personal de este programa me respeta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. El personal de este programa me ayuda cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información sobre el/la participante

Estas últimas preguntas se refieren a usted. Nos ayudarán a comprender las necesidades de las personas y familias a las que servimos. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

23. Identidad de género	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Dos espíritus	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme (completar):	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
24. Edad en años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	25. Idioma(s) principal(es) que se habla en casa:		
26. Estructura familiar Marque todas las opciones que se apliquen	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltero(a) <input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Cuidado familiar <input type="checkbox"/> Acogimiento familiar (Foster Care)	<input type="checkbox"/> Multigeneracional* <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente	* Viviendo con familia extensa; abuelos, tíos y tías, etc.
27. ¿Hay algún niño/a con discapacidad a su cargo? (física, de desarrollo o emocional)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	28. Edad(es) de las/los niñas/os Marque todas las opciones que se apliquen	<input type="checkbox"/> 5 años y menores <input type="checkbox"/> 6 a 12 <input type="checkbox"/> 13 a 17 <input type="checkbox"/> 18 años y mayores
29. ¿Cómo autoidentifica su raza o etnia?				
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
30. Detalles de raza/etnia: (por favor, marque todas las opciones que se apliquen)				
<input type="checkbox"/> Amerindio/nativa de Alaska				
Afiliación tribal/Identidad indígena (completar):				
<input type="checkbox"/> Asiática (seleccione los detalles si aplica)				
<input type="checkbox"/> Camboyana	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> India	<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Birmana
<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Laosiana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Indonesia	<input type="checkbox"/> Japonesa
<input type="checkbox"/> Pakistani	<input type="checkbox"/> Esrilanquesa	<input type="checkbox"/> Malasia	<input type="checkbox"/> Mongola	<input type="checkbox"/> Nepalesa
<input type="checkbox"/> Identidad indígena (completar):		<input type="checkbox"/> Taiwanesa	<input type="checkbox"/> Tailandesa	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Otra (completar):				
<input type="checkbox"/> Negra, africana o afroamericana (seleccione los detalles si aplica)				
<input type="checkbox"/> Botsuana	<input type="checkbox"/> Camerunesa	<input type="checkbox"/> Argelina	<input type="checkbox"/> Angolana	
<input type="checkbox"/> Gambiana	<input type="checkbox"/> Ghanés	<input type="checkbox"/> Congoleña	<input type="checkbox"/> Eritrea	
<input type="checkbox"/> Liberiana	<input type="checkbox"/> Malí	<input type="checkbox"/> Haitiana	<input type="checkbox"/> Etiopie	
<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Sudafricana	<input type="checkbox"/> Jamiquina	<input type="checkbox"/> Keniana	
<input type="checkbox"/> Identidad indígena (completar):		<input type="checkbox"/> Ruandesa	<input type="checkbox"/> Senegalesa	
<input type="checkbox"/> Otra (completar):				
<input type="checkbox"/> Hispana, latina, o española (seleccione los detalles si aplica)				
<input type="checkbox"/> Boliviana	<input type="checkbox"/> Brasileña	<input type="checkbox"/> Argentina	<input type="checkbox"/> Beliceña	
<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Dominicana	<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Costarricense	
<input type="checkbox"/> Peruana	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Mexicana	<input type="checkbox"/> Panameña	
<input type="checkbox"/> Identidad indígena (completar):		<input type="checkbox"/> Salvadoreña	<input type="checkbox"/> Venezolana	
<input type="checkbox"/> Otra (completar):				
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o africana del norte (seleccione los detalles si aplica)				
<input type="checkbox"/> Armenia	<input type="checkbox"/> Egipcia	<input type="checkbox"/> Afgana	<input type="checkbox"/> Argelina	
<input type="checkbox"/> Kuwaití	<input type="checkbox"/> Libanesa	<input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Israelí	
<input type="checkbox"/> Saudí	<input type="checkbox"/> Siria	<input type="checkbox"/> Libia	<input type="checkbox"/> Palestina	
<input type="checkbox"/> Identidad indígena (completar):		<input type="checkbox"/> Tunecina	<input type="checkbox"/> Yemení	
<input type="checkbox"/> Otra (completar):				
<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa o isleña del Pacífico (seleccione los detalles si aplica)				
<input type="checkbox"/> Mariana	<input type="checkbox"/> Marshallense	<input type="checkbox"/> Chamorra	<input type="checkbox"/> Fiyiana	
<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Salomonense	<input type="checkbox"/> Hawaiana	<input type="checkbox"/> Saipanense	
		<input type="checkbox"/> Tahitiana	<input type="checkbox"/> Tongana	
		<input type="checkbox"/> Tokelauense		

☐ *Identidad indígena (completar):*

☐ *Otra (completar):*

☐ **Blanca** (seleccione los detalles si aplica)

☐ Neerlandesa ☐ Inglesa

☐ Griega ☐ Islandia

☐ Polaca ☐ Rusa

☐ *Identidad indígena (completar):*

☐ Belga

☐ Finlandesa

☐ Irlandesa

☐ Sueca

☐ Bosnia

☐ Francesa

☐ Italiana

☐ Ucraniana

☐ *Otra (completar):*

☐ Croata

☐ Alemana

☐ Portuguesa

☐ Galesa

Encuesta de Factores Protectores – King County (PFS-KC)

Formulario de información sobre el programa

Este formulario es para el uso exclusivo del personal y debe ser completado por un miembro del personal que esté familiarizado con el/la participante en el programa. Retire este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la complete.

Nombre del entrevistador/a:	Tipo de entrevista:	<input type="checkbox"/> Virtual (online) <input type="checkbox"/> Presencial	Nivel de apoyo prestado:	<input type="checkbox"/> A. Apoyo total <input type="checkbox"/> B. Apoyo parcial <input type="checkbox"/> C. Autoadministrado
Fecha de inicio de los servicios:	Fecha de finalización de los servicios (si aplica):	Horas de servicio estimadas en el programa*:		
Fecha de la encuesta:	Hora de inicio de la encuesta:	Hora de finalización de la encuesta:		
¿Es el inglés el primer idioma del participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, ¿cuál es el primer idioma?			
*Cálculo de horas estimadas (evaluación posterior o evaluación única): número de horas por contacto x número de contactos por semana/mes x número de semanas/meses en el programa				