

Padres:

Gracias por su tiempo. Las paginas 1 y 2 contienen preguntas para contestar sobre usted y su hijo. Hay cuatro secciones con preguntas sobre sus opiniones y experiencias con profesionistas. Favor de contestar honestamente haciendo un círculo en su respuesta. Si tiene dos hijos con pérdida auditiva, favor de llenar dos formatos por separado.

Una vez llenado su formato, por favor envíelo por correo a:

Karen Aguilar, Directora de Coalición
CHOICES for Parents
PO Box 806045
Chicago, IL 60680-4121

CHOICES for Parents es una coalición de padres y profesionistas a nivel estatal, que se asegura que los niños identificados con pérdida auditiva y sus familias reciban los recursos, defensa, información servicios y apoyo necesario. CHOICES for Parents esta comprometido en proveer información imparcial.

Niños y la Perdida Auditiva es un manual gratis lleno información sobre pérdida auditiva, intervención temprana, tecnología, educación, pediatras y mucho mas. El manual esta disponible en ingles y español.

Para encargar una copia gratis de *Niños y la Perdida Auditiva*, o si tiene alguna pregunta le gustaría obtener mas información acerca de CHOICES for Parents, favor de contactar a Karen Aguilar al 866.733.8729 o vía correo electrónico info@choicesforparents.org.

Gracias,

Karen Aguilar

Este MVOS fue adaptado con el permiso de: Young, A.M., Gascon-Ramos, M., Campbell, M., and Bamford, J. (2009) The Design and Validation of a Parent-Report Questionnaire for Assessing the Characteristics and Quality of Early Intervention Over Time J. Deaf Stud. Deaf Educ. 14(4): 422-435.

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Año de nacimiento: _____ Nació su hijo/a en Illinois (marque con un circulo): Si No

Su hijo/a paso el examen auditivo: Si No ¿A qué edad fue su niño/a identificado con pérdida auditiva? Años: _____ Meses: _____

Resultados del diagnóstico: Unilateral (Un oído) Bilateral (dos oídos) Neuropatía Auditiva

¿Su hijo ha sido identificado que tiene neuropatía auditiva / Dis-sincronía: Sí _____ No _____

Grado de pérdida auditiva: Oído derecho: Leve Moderada Moderada-grave Severa Profunda

Oído izquierdo: Leve Moderada Moderada-grave Severa Profunda

Es usted: La Mama El Papa Abuelo/a Tutor/a

¿Esta inscrito su hijo o ha sido alguna vez inscrito en servicios de intervención (intervención temprana a través del Estado u organizaciones privadas)?
Si No

¿Empezó a la edad de 6 meses (marque con un circulo)? Si No

¿Tiene/Tenia su hijo un IFSP (Plan de Servicio Individual para la Familia) a través de la oficina local de Child and Family Connections (Illinois Early Intervention)? Si No

¿Su hijo recibe servicios privados de intervención (por medio de una escuela privada o un proveedor privado)? Si No

¿En el momento de la encuesta, Cual es el lenguaje principal usado en su hogar? Ingles Español Polaco Lenguaje de Señas Otro

¿En el momento de la encuesta, cual es principal modo de comunicación empleado en su hogar para comunicarse con su hijo/a con pérdida auditiva:

Habla/Oral ASL (lenguaje de Señas Americano) Lenguaje de Señas Habla con Claves Comunicación Total

Favor de marcar con un circulo el tipo de evaluación que su hijo/a ha recibido hasta ahora: visión genética habla y lenguaje

Evaluación ocupacional Evaluación física Evaluación de desarrollo otra: _____

Favor de marcar con un circulo cualquiera de las terapias que su hijo ha recibido hasta ahora: habla y lenguaje Evaluación ocupacional

Evaluación física

Evaluación de desarrollo

otra: _____

¿Quién le explicó por primera vez las diferentes maneras de comunicarse con su hijo? Terapeuta del Desarrollo

Terapeuta del Desarrollo/Audiencia

Coordinador de Servicios

otro padre

audiólogo

ENT

Otro Intervención Temprana

otro: _____

1. Que dificultades pasaron para completar el examen auditivo de su hijo después de salir del hospital (marque todas las que apliquen)

- Mi bebe no fue examinado en el hospital
- No estábamos seguros donde ir después de que nuestro hijo no pasara el examen auditivo
- No nos explicaron los resultados del examen auditivo
- Retraso en las citas disponibles
- El examen ABR estaba disponible solo mediante calmantes
- Perdí mi cita por: _____
- Problemas de transporte
- No podíamos solventar los gastos del examen
- Nuestro bebe tenia otros problemas médicos/de salud
- Nuestro bebe tenia líquido en medio del oído
- Vivíamos muy lejos de la clínica que hacia el examen
- Fue necesario repetir el examen
- Otra, favor de especificar: _____

2. Cuando descubrieron por primera vez que su hijo tenia una perdida auditiva, muchas preocupaciones surgieron en las siguientes semanas. Marque con una X las tres primeras preocupaciones que surgieron

- Las necesidades medicas de su hijo
- Las finanzas familiares
- El éxito de su hijo en la escuela
- La habilidad de su hijo para hacer amigos
- La habilidad de su hijo para comunicarse con la familia
- Quien pagaría por los auriculares de su hijo
- Donde su hijo obtendría terapia del habla y lenguaje
- Otra, favor de especificar: _____

CON CUALES PROFESIONISTAS TRABAJA?

	Usted y su hijo reciben servicios del:		¿Le ofrecieron este servicio?		¿Que tanto le redujo su nivel de estrés por haber trabajado con este proveedor de servicio medico?*	¿Que tanto mejoro su habilidad de comunicarse con su hijo por haber trabajado con este proveedor de servicio medico?***	¿Que tanto incremento su nivel de comodidad/consuelo con la perdida auditiva por haber trabajado con este proveedor de servicio medico?***
	Si	No	Si	No	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pediatra	Si	No	Si	No	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Terapeuta del desarrollo del Oído	Si	No	Si	No	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mentor Sordo	Si	No	Si	No	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Miembro del equipo de implante Coclear	Si	No	Si	No	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

1 = Ninguno/5 = Demasiado

*1 = Nada (ningún impacto en el estrés)
5 = Demasiado (Gran impacto disminuyendo estrés)

**1 = Nada (ninguna capacidad para mejorar la comunicación)
5 = Demasiado (Una gran mejora en la habilidad de comunicarse con su hijo)

***1 = Nada (no tranquilo con la perdida auditiva)
5 = Demasiado (mucho mas tranquilo con la perdida auditiva)

¿QUE LE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS?

	¿Ahora que tan importante es esto para usted?				¿Que tanto provecho obtiene de esto?				¿Esta usted satisfecho con esto?				
	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	Casi no	2	3	4	Demasiado
Información sobre servicios disponibles	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
Información de como comunicarse con su hijo que es sordo/con perdida auditiva	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
El conocimiento acerca de cómo crecen los niños sordos	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
Profesionales me ayudan en que mis necesidades sean reconocidas para poder pelear por las cosas necesarias	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
La Coordinación de todos los servicios y profesionales involucrados con mi hijo y mi familia	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
Apoyo para tomar decisiones sobre mi hijo que es sordo/con perdida auditiva y mi familia	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
Sentirse mas seguro en la capacidad para cuidar de un hijo que es sordo/con perdida auditiva	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo Suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5
Ponerse en contacto con otros padres de niños sordos/(apoyo entre padres)	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante	Nada	No lo suficiente	Suficiente	Demasiado	1	2	3	4	5

A QUE ALCANCE LLEGAN LOS SERVICIOS PROFESIONALES...

	Ningun alcance					Un gran alcance					¿Que tan importante es esto para usted??			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante
Confiándole como a un experto.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante
Tomando en cuenta la cultura y estilo de vida de su familia cuando esta elaborando planes de apoyo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante
Proveyendo una prospectiva optimista del futuro.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	No muy Importante	Algo Importante	Importante	Muy Importante

¿CUAL HA SIDO EL RESULTADO DEL SERVICIO/APOYO?

En general, los servicios profesionales que tanta diferencia han tenido para:

	Nada					Mucho	
	1	2	3	4	5		
Su hijo	1	2	3	4	5		
Usted	1	2	3	4	5		
Tutor	1	2	3	4	5	N/A	
Parientes del Niño	1	2	3	4	5	N/A	
Familiares (Abuelos, Tías/tíos, etc.)	1	2	3	4	5	N/A	

Esto ha sido una diferencia positive para:

Su hijo	Si	No
Usted	Si	No
Tutor	Si	No
Parientes del Niño	Si	No
Familiares (Abuelos, Tías/tíos, etc.)	Si	No

Si está inscrito en el programa de Guía de Padres (Guide By Your Side), quien es su Guía de Padres? _____

Por favor indique las áreas en las que desea obtener información adicional. En la última pregunta, se le pedirá que proporcione información (si usted desea ser contactado):

___ Para recibir una copia gratis del libro de CHOICES for Parents titulado "Niños y Pérdida Auditiva."

___ Para se le seleccione un guía de padres de "Guide By Your Side."

___ Para ser contactado por Illinois Hands and Voices para recibir información sobre las actividades de los padres.

___ Para ser voluntario con organizaciones de padres o a nivel estatal con el programa de IL EHDI.

Por favor contácteme con información adicional y recursos para mi familia

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ E-mail: _____