



These materials are Copyright © 2015 -2017 NCHAM (National Center for Hearing Assessment and Management). All rights reserved. They may be reproduced and distributed in print or electronic format at no cost to recipients and as long as full credit is given to NCHAM - including a link to the NCHAM site ([infanthearing.org](http://infanthearing.org)) and copyright notice (e.g., "© NCHAM").

Ayúdenos por favor a aprender sobre la experiencia de su familia con los servicios de intervención temprana (El por sus siglas en inglés) - las terapias y el apoyo recibido por los niños entre el nacimiento y los 3 años de edad. Aunque su hijo puede ser mayor nos gustaría oír su opinión sobre estos primeros años.

- Un padre o un cuidador principal que conoce acerca de los servicios que usted recibió debe completar esta encuesta.
- Sus respuestas darán una mejor idea a los estados acerca de cómo mejorar los programas, para que puedan servir mejor a los niños y las familias.
- Haga por favor comentarios que representen la realidad. La encuesta no recopila información confidencial y no se compartirá información que permita identificar a su familia o niño.
- Esta encuesta toma unos 15 minutos en completar. Devuelva por correo la encuesta en el sobre adjunto, o complete la encuesta en línea yendo a [eisnapshot.org](http://eisnapshot.org).



## acerca de su hijo

**1** ¿Cuándo nació su hijo?  Mes  Año

**2** ¿Cuándo fue diagnosticado por primera vez su hijo con sordera/ problemas de audición?  Mes  Año

**3** ¿Cuál es el nivel actual, sin ayuda, de la pérdida auditiva? (marque todo lo que corresponda)

	Ninguno	Leve	Moderado	Moderado/Severo	Severo	Profundo
Oído derecho	<input type="radio"/>					
Oído izquierdo	<input type="radio"/>					

**4** ¿Tiene su hijo actualmente cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)

	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Retraso del desarrollo del habla y del lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retraso motor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retraso social/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnóstico de autismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retrasos cognitivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas con la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros (por favor especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5** ¿Qué tecnología auditiva utiliza su hijo? (marque todo lo que corresponda)

	En un oído	En ambos oídos
Ninguno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Audífonos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante coclear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudas de conducción ósea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros (por favor especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6** En comparación con otros niños de la misma edad, ¿qué tan bien se comunica su hijo con otras personas? (marque todo lo que corresponda)

	No se comunica	Tiene muchos problemas comunicándose	Tiene algunos problemas comunicándose	Se comunica tan bien como otros niños
Ahora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando su hijo tenía 2 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# opciones de comunicación

7

Durante un día promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo usando cada método de comunicación?  
(marque todo lo que corresponda)

	0-5%	6-25%	26-50%	51-75%	76-100%
Comunicación total	<input type="radio"/>				
Lenguaje de señas	<input type="radio"/>				
Escucha y lenguaje hablado	<input type="radio"/>				
Lenguaje con claves	<input type="radio"/>				
Otros (por favor especifique)	<input type="radio"/>				

8

Califique la información que recibió sobre cada opción de comunicación cuando su hijo fue diagnosticado por primera vez.  
(marque todo lo que corresponda)

	Excelente Se proporcionó información completa	Buena Entendí la información proporcionada o tuve algunas preguntas	Regular Se proporcionó poca información	Mala No se proporcionó información
Comunicación total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lenguaje de señas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escucha y lenguaje hablado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lenguaje con claves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (por favor indique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# intervención temprana (IT)

9

¿Cómo se enteró sobre los servicios de IT? (marque todo lo que corresponda)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico o enfermero del niño                     | <input type="checkbox"/> Vecino/amigo                  | <input type="checkbox"/> Miembro de familia                               |
| <input type="checkbox"/> Hospital  | <input type="checkbox"/> Proveedor de IT               | <input type="checkbox"/> Organización de familias (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Programa de tamizaje auditivo de recién nacidos | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)                     |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo                                       | <input type="checkbox"/> Sitio web de Internet         |   |
| <input type="checkbox"/> Departamento de salud                           | <input type="checkbox"/> Publicidad                    |   |

10

¿A qué edades recibió su hijo IT?  
(marque todo lo que corresponda)

- Mi hijo no recibió servicios de IT
- 0-5 meses
- 6-12 meses
- 13-24 meses
- 25-36 meses

11

Cuando su familia estaba recibiendo servicios, ¿cuántas **sesiones individuales** (por ejemplo, visita a domicilio, terapia de lenguaje) recibió en promedio?

- Menos de 1 sesión por mes
- 1 sesión por mes
- 2-3 sesiones por mes
- 1 sesión por semana
- 2 sesiones por semana
- 3 o más sesiones por semana

12

Cuando su familia estaba recibiendo servicios, ¿cuántas **sesiones en grupo** (por ejemplo, grupo de juego de niños, grupo de lecciones de lenguaje de señas norteamericano (ASL por sus siglas en inglés) recibió en promedio?

- Menos de 1 sesión por mes
- 1 sesión por mes
- 2-3 sesiones por mes
- 1 sesión por semana
- 2 sesiones por semana
- 3 o más sesiones por semana

13

¿Cuánto está de acuerdo con las siguientes declaraciones acerca de los servicios de IT que su familia recibió?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No lo sé
Fue fácil para mí obtener información sobre cómo obtener servicios de IT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dieron opciones de servicios y apoyo para mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí presionado a elegir una opción de comunicación sobre las otras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que nuestros planes de servicio apoyaban mis metas para mi hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí como si fuera parte del equipo en reuniones sobre mi hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibimos servicios durante todo el año, incluso durante el verano, según fue necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis proveedores de IT me ayudaron a entender los derechos de mi niño y mi familia con respecto a los servicios de IT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los proveedores de mi hijo se coordinaron bien el uno con el otro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi coordinador de servicios me ayudó a obtener servicios como cuidado infantil, transporte, servicio de relevo o estampillas para alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi coordinador de servicios me ayudó a entrar en contacto con otros padres para ayuda y apoyo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi coordinador de servicios preguntó si los servicios que recibía mi familia cumplieron nuestras necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi coordinador de servicios estaba disponible para hablar conmigo regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El médico de mi hijo consiguió información acerca de nuestros servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo estaba frustrado en mis esfuerzos para conseguir servicios de IT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La IT ha mejorado la calidad de vida de mi niño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La IT ha mejorado la calidad de vida de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento más confianza en mis habilidades como padre porque recibimos servicios de IT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los servicios de IT me enseñaron a defender las necesidades de mi hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi hijo progresó en su desarrollo debido a la IT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

Por favor comparta cualquier comentario adicional sobre su experiencia con la IT.

# apoyo a la familia

15

En cuanto a la información que se le dio sobre apoyo para la familia ¿cómo calificaría la calidad de los siguientes? (*marque todo lo que corresponda*)

	Excelente Se proporcionó información completa	Buena Entendí la información proporcionada o tuve algunas preguntas	Regular Se proporcionó poca información	Mala No se proporcionó información
Oportunidades para interactuar con adultos sordos/pérdida auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidades para conocer otros padres con niños con sordera o problemas auditivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hands and Voices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AG Bell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asociaciones de Sordos (Nacional o Estatal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
American Society for Deaf Children	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
State EHDI Program	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
State Specific PTIs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
State Specific F2Fs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro ( <i>por favor indique</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# acceso a los servicios

## servicios antes de que su niño tuviera tres años

16

¿Le tocó coordinar algún servicio privado?

- No  
 Sí (*por favor indique los servicios y cómo los encontró*)

17

(Incluyendo copagos de seguro, pero no las cantidades pagadas por el seguro) gastó en servicios (por ejemplo, terapias, audiología) **por mes** antes de que su niño cumpliera los tres años.

- \$0  
 \$1–25  
 \$26–100  
 \$101–500  
 \$501–1,000  
 \$1,001 o más

18

Por favor estime cuánto dinero de su bolsillo gastó en tecnología auditiva (por ejemplo, audífonos, implantes cocleares) **en total** antes de que su niño cumpliera los tres años.

- \$0  
 \$1–500  
 \$501–1,000  
 \$1,001–10,000  
 \$10,000–100,000  
 \$100,001 o más

19

¿Gastar plata de su bolsillo fue una carga financiera?

- No fue una carga financiera  
 Casi ni lo noté  
 Moderada  
 Pesada  
 Inaguantable

20

¿Qué tan bien cubre el seguro de salud de su hijo los servicios y la tecnología?

- Todo está cubierto  
 Algunas cosas están cubiertas; otros costos son razonables  
 Algunas cosas están cubiertas; otros costos no son razonables  
 Nada está cubierto  
 No lo sé  
 No tenemos seguro

21

Complete por favor lo siguiente sobre los servicios que su niño recibió **antes de cumplir los tres años**.

	No necesité	Necesité: Recibí sin ningún problema	Necesité: Tuve problemas para recibir	Necesité: No recibí nunca
Coordinación de servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia del habla y el lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia auditiva/verbal o de la escucha y del lenguaje hablado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enseñanza del lenguaje de señas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enseñanza del lenguaje con claves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de audiología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asesoramiento en genética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivos de ayuda auditiva (audífonos, implantes cocleares, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacitación de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de relevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidades para interactuar con adultos sordos/pérdida auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reunión con otras familias con niños con sordera o problemas auditivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro servicios ( <i>por favor indique</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22

En la Pregunta 21, si usted contestó, "Necesito: Tuve dificultad en recibirlo" o "Necesito: Nunca recibí", por favor comparta la(s) razón(es).

	Problemas de elegibilidad	El seguro no lo cubría	No pudimos encontrar proveedores calificados	No eran disponibles en el área	Alguna otra razón ( <i>por favor especifique</i> )
Coordinación de servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Terapia del habla y el lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Terapia auditiva/verbal o de la escucha y del lenguaje hablado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Terapia ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enseñanza del lenguaje de señas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enseñanza del lenguaje con claves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Servicios de audiología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asesoramiento en genética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dispositivos de ayuda auditiva (audífonos, implantes cocleares, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Capacitación de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Servicios de relevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Oportunidades para interactuar con adultos sordos/pérdida auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reunión con otras familias con niños con sordera o problemas auditivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otro servicios ( <i>por favor indique</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

23

Comparta por favor comentarios adicionales sobre cualquier barrera para conseguir servicios para su niño.

Empty text box for comments.

servicios después de los 3 años

24

¿Tiene su niño 3 años o más?

- Sí
 No



PARE

Si contestó SÍ a la pregunta 24, responda las preguntas 25 y 26.

Si contestó NO, continúe a la pregunta 27.

25

¿Teniendo en cuenta la transición en los servicios de nacimiento a los tres años, cuánto está de acuerdo con lo siguiente?

Se me informó acerca de las opciones de servicios disponibles para mi hijo después de los tres años.

Estuve satisfecho con mis opciones para los servicios después de la IT.

Mi hijo recibió los servicios de preescolar que él o ella necesita por ser sordo o tener problemas de audición.

Estuve satisfecho con la participación de mi hijo con los compañeros típicos de preescolar.

Table with 5 columns: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, No aplica. Rows correspond to the four statements above.

26

¿En la actualidad tiene su niño un programa de educación individual (IEP por sus siglas en inglés)?

- No
 Sí (por favor describa qué servicios están en el IEP)

Empty text box for describing services in the IEP.

## acerca de su familia

- 27** ¿Cuál es su relación con el niño?
- Madre  Padrastro  Padre sustituto o guardián
- Padre  Abuela  Otro pariente
- Madrastra  Abuelo  Otro (*por favor especifique*)
- \_\_\_\_\_
- 28** ¿Cuál es su nivel de educación más alto?
- 8vo grado o menos  Completé un programa vocacional/técnico  Licenciatura
- 9no – 12vo grado (sin diploma)  Algo de universidad  Máster
- Graduado de la secundaria (o GED)  Título de asociado  Doctorado o un grado profesional
- 29** ¿Cuál es el ingreso anual total de su hogar antes de impuestos?
- Menos de \$25,000  \$50,000 a \$74,999  \$100,000 a \$149,999
- \$25,000 a \$34,999  \$75,000 a \$99,999  \$150,000 o más
- \$35,000 a \$49,999
- 30** ¿Cuál es la raza de su niño que es sordo o tiene problemas de audición? (*marque todo lo que corresponda*)
- Blanco/Caucásico  Nativo de Alaska  Isleño del Pacífico
- Negro/Afro Americano  Asiático  Otro (*por favor especifique*)
- Indio Americano/Nativo de América  Nativo de Hawái
- \_\_\_\_\_
- 31** ¿Es su niño sordo/problemas con la audición de origen hispano, latino, o español?
- Sí  No
- 32** ¿Cuál es el sexo de su niño que es sordo o tiene problemas de audición?
- Masculino  Femenino
- 33** ¿Es alguno de los padres de su niño sordo o tiene problemas de audición?
- No  Sí, uno de los padres  Sí, ambos padres
- 34** ¿Es alguno de los hermanos de su niño sordo o tiene problemas de audición?
- No  Sí, algunos hermanos  Sí, todos los hermanos
- 35** ¿Qué tipo de seguro de salud tiene el niño? (*marque todo lo que corresponda*)
- Gobierno (Medicaid o programa estatal como CHIP)  Privado a través de empleador o pagado personalmente  No tenemos seguro
- 36** ¿Cuál es el código postal donde reside principalmente niño sordo o tiene problemas de audición?
- \_\_\_\_\_

## reflexiones finales

- 37** Sabiendo lo que sabe ahora, ¿qué hubiera hecho diferente en la obtención de servicios de IT para su niño?

\_\_\_\_\_



¿Cuál es el consejo más importante que tiene para darle a un padre, cuyo hijo ha sido diagnosticado recientemente con pérdida de la audición, con respecto a la IT y apoyo familiar?

## entrevista telefónica



Llevaremos a cabo entrevistas telefónicas con un grupo seleccionado al azar de los padres que han completado la encuesta y que han indicado que están de acuerdo en ser entrevistados. La entrevista telefónica durará aproximadamente 30 minutos.

Aquellos que son seleccionados y completan la entrevista por teléfono, recibirán un cheque de \$50 en agradecimiento por su tiempo.

¿Estaría usted dispuesto a participar en una llamada de seguimiento con nuestro personal?

- No  
 Sí (*complete por favor la siguiente información*)

*Su nombre*

*Email*

*Número de teléfono*

¿Si el número de teléfono arriba es un teléfono móvil, le podemos mandar un mensaje de texto?

- Sí  
 No

## ¡gracias!

**Por favor, devuelva la encuesta a NCHAM utilizando el sobre con franqueo pagado.**

Gracias por participar en esta encuesta. Sus respuestas nos ayudarán a entender mejor las fortalezas y debilidades de los servicios de IT para niños sordos o con problemas de audición y sus familias.

Utilizaremos su información—junto con los datos de otros participantes—para hacer recomendaciones sobre cómo mejorar los servicios de IT para niños sordos o con problemas de audición en todo el país.