

La Encuesta de Resultados del MIHP / MIHP Outcomes Survey

¿Cuál es el nombre de la agencia del MIHP que realizó las visitas domiciliarias? *(Si no lo sabe, pregúntele al visitador a domicilio)*

Antecedentes

¿Cuál es su raza u origen étnico? *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- Asiático
- Indio americano o nativo de Alaska
- Negro o americano africano
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanco o caucásico
- Árabe o caldeo
- Hispano o latino
- Otro (especifique)

- Prefiero no responder

Según su leal saber y entender, ¿cuál es o será la raza u origen étnico del bebé? *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- Asiático
- Indio americano o nativo de Alaska
- Negro o americano africano
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanco o caucásico
- Árabe o caldeo
- Hispano o latino
- No lo sé
- Otro (especifique)

- Prefiero no responder

¿Esta es la última visita para... *(Si no lo sabe, pregúntele al visitador a domicilio)*

- Usted?
- Su bebé?

¿Es su primer embarazo?

- Sí
- No

Si este no es su primer embarazo, ¿cuántos hijos tuvo?

Trabajo

¿Trabaja fuera de su casa (incluso teletrabajo o trabajo a distancia)?

- Sí, soy empleado a tiempo completo
- Sí, soy empleado a tiempo parcial
- Estoy de licencia o de vacaciones
- Estoy suspendido temporalmente
- No tengo trabajo, pero estoy buscando
- No tengo trabajo y tampoco estoy buscando
- Soy jubilado
- Soy discapacitado y no puedo trabajar
- Otro (especifique)

Si no tiene trabajo y está buscando, marque todo lo que corresponda. En los últimos 30 días...

- ¿Buscó ofertas de trabajo?
- ¿Se comunicó con alguien por un trabajo (agencia de empleo, empleador, amigo)?
- ¿Aplicó a una oferta de trabajo?
- ¿Tuvo una entrevista de trabajo?
- ¿Publicó un currículum en línea, o publicó o actualizó información en un sitio web de redes profesionales?
- Otro (especifique)

- Ninguna de las anteriores

Finanzas

En los últimos 30 días, ¿estuvo sin... (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Agua?
- Gas, combustible o electricidad?
- Teléfono o internet?
- Ninguna de las anteriores

Alimento

En los últimos 30 días, ¿usted u otro adulto de su hogar redujeron el tamaño de las porciones de comidas o se saltaron comidas porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- Sí
- No

Transporte

¿Tiene acceso a un transporte confiable?

- Sí
 No

¿Qué preocupaciones, si hubiera, tiene sobre su acceso al transporte? *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- Posible falta de disponibilidad
 Poco fiable
 No asequible
 Ninguna de las anteriores

Educación

¿Cuántos grados de la escuela completó?

- Menos de 8.º grado
 Escuela secundaria/intermedia
 Diploma de secundaria/GED
 Diploma de técnico
 Diploma de grado
 Diploma de posgrado
 Escuela de oficios

¿Está inscrito en la escuela actualmente?

- Sí
 No

Si actualmente está inscrito, ¿cómo describiría la naturaleza de su inscripción actual?

- Programa de escuela secundaria o GED
 Programa de diploma de técnico
 Programa de estudios de grado
 Programa de estudios de posgrado
 Programa de formación laboral o profesional
 Clases, no relacionadas con el título, el trabajo o la profesión
 No inscrito actualmente

Depresión y Ansiedad

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestaron los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse nervioso, ansioso o irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder dejar de preocuparse o no poder controlarlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crianza

En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia hubiera estado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Raramente o nunca	Pocas veces	Algunas veces	Varias veces	Siempre o casi siempre
Me siento orgulloso del padre que soy.	<input type="radio"/>				
Establecí metas sobre cómo quiero criar a mi hijo.	<input type="radio"/>				
Aprendo nuevas habilidades de crianza y las uso con mi hijo.	<input type="radio"/>				

Relaciones

¿Actualmente está en una relación?

- Sí
 No

En los últimos 30 días, ¿su pareja o cualquier otra persona que forma parte de su vida... *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- Lo insultó, humilló o lo hizo sentir que no vale nada?
 Le impidió ver o hablar con su familia, amigos u otras personas?
 Lo obligó a tener relaciones sexuales?
 Lo golpeó, pateó, abofeteó o lastimó físicamente?
 Ninguna de las anteriores

Vivienda

¿Está sin hogar?

- Sí
 No

En los últimos 30 días, ¿vivió... *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- En una casa que usted o su familia alquilan (apartamento, casa, remolque, etc.)?
 En una casa que le pertenece a usted o a su familia?
 En la casa de otra persona?
 En un hotel o motel?
 En un refugio?
 En un automóvil, una camioneta u otro vehículo?
 Al aire libre (por ejemplo, en una carpa)?
 Cambio con frecuencia el lugar en donde vivo.
 Otro (especifique)

¿Tiene actualmente alguna inquietud o preocupación sobre la situación de su vivienda?

- Sí
- No

¿Qué inquietudes o preocupaciones, si hubiera, tiene sobre la situación de su vivienda? *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- No tengo lugar para vivir ni residencia nocturna regular
- Asequibilidad de la casa o el apartamento actual
- Relaciones tensas con los demás en el hogar
- En la casa o el apartamento vive demasiada gente
- Me desalojaron o me obligan a mudarme
- Seguridad de la casa o el apartamento
- Condiciones de salubridad o eliminación de residuos
- Control de plagas
- Ninguna de las anteriores

Referencias

¿El visitador a domicilio le brindó referencias o lo puso en contacto con recursos para alguna de las siguientes opciones? *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

- Alimento
- Vivienda
- Encontrar un trabajo
- Continuar la formación profesional
- Transporte
- Salud mental
- Uso indebido de sustancias y dejar de fumar
- Abuso doméstico
- Ninguna de las anteriores

Relación con los visitadores a domicilio

¿Cómo calificaría su relación con los visitadores a domicilio?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Bien
- Mala

Si desea proporcionar más detalles sobre su relación con los visitadores a domicilio, hágalo en el siguiente campo.

¿El programa de visitas a domicilio satisfizo sus necesidades?

- Satisfizo mis necesidades completamente
- Satisfizo mis necesidades parcialmente
- No satisfizo mis necesidades

¿Qué necesidades, si hubiera, no fueron satisfechas por el programa?

¡Gracias por participar en la encuesta de resultados del MIHP!

Coloque la encuesta completa en el sobre prepagado y ya membretado que le proporcionará su visitador a domicilio. Selle el sobre y firme al sesgo del sello para asegurarse de que sus respuestas se mantengan en privado. Según su preferencia, usted o el visitador a domicilio pueden enviar el sobre por correo a Youth Policy Lab de la Universidad de Michigan al final de su visita.