**Encuesta de pasantes del año fiscal 2023 - Pasantes de LEND/UCEDD**

**\* Respuesta obligatoria**

**Información de contacto/antecedentes**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nombre** (nombre, segundo nombre, apellido): |  |
| **Apellido de soltera:***(si procede)* |  |
| **\*Dirección 1**: |  |
| **Dirección 2:** |  |
| **\*Ciudad** |  | **\*Estado** |  |
| **\*Código postal** |  |  |  |
| **Teléfono**:  |  |  |  |
| **Correo electrónico principal**:  |  |  |  |
| **Correo electrónico secundario**: |  |  |  |

**\*¿Cuál es el nombre de su lugar de trabajo actual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*¿Cuál es el nombre de su puesto de trabajo/cargo actual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿En qué año se graduó/terminó el Programa de capacitación del MCHB?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Título(s) obtenido(s) durante su participación en el Programa de capacitación de la MCHB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del contacto *permanente*** (alguien ubicado en una dirección diferente que sabrá cómo ponerse en contacto con usted en el futuro, por ejemplo, sus padres/familia)

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nombre del contacto**: |  |
|  **Relación**: |  |
| **\*Dirección 1**: |  |
| **Dirección 2** |  |
| **\*Ciudad:** |  | **\*Estado:** |  |
| **\*Código postal:** |  |  |  |
| **Teléfono**:  |  |  |  |

***\*Raza***: (elija una)

\_\_ Por **blanco** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

\_\_ Por **negro o afroamericano** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

\_\_ **Por nativo americano o nativo de Alaska** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantienen una afiliación tribal o un vínculo con dicha comunidad.

 Tribu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Por **asiático** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios del Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio (por ejemplo, indio asiático).

\_\_ Por **nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

\_\_\_El término **Más de una raza** incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales.

\_\_\_El término **No aplica** se utiliza para las personas que no se identifican con las categorías.

***\*Etnia***: (elija una)

*Hispano* es una categoría étnica para las personas descendientes de los países hispanohablantes de América Latina o que se identifican con una cultura hispanohablante. Las personas hispanas pueden ser de cualquier raza.

\_\_ **Hispano**

\_\_ **No hispano**

\_\_ El término **No aplica**  se utiliza para las personas que no se identifican con las categorías

**Encuesta**

**Responda a las siguientes preguntas lo más detalladamente posible. Cuando haya completado toda la encuesta, devuélvala a su centro/programa.**

**1. ¿Es usted un(a)...?** (marque todas las opciones que correspondan):

\_\_ Persona con discapacidad

\_\_ Persona con necesidades médicas

\_\_ Padre o madre de una persona con discapacidad

\_\_ Padre o madre de una persona con necesidades médicas

\_\_ Miembro de la familia de una persona con discapacidad

\_\_ Miembro de la familia de una persona con necesidades médicas

\_\_ Ninguna

\_\_ No registrado

**\*2. ¿Su trabajo actual está relacionado con las poblaciones de la Oficina de Salud Materno- ¿Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés)? (Es decir, mujeres, bebés y niños, adolescentes y sus familias, incluidos los padres y los niños o adultos jóvenes que tienen necesidades médicas)**

\_\_ Sí \_\_ No

**3. ¿Su trabajo actual está relacionado con las personas con discapacidad?**

\_\_ Sí \_\_ No

**\*4. ¿Trabaja actualmente en una organización o una agencia de salud pública (incluido el Título V)?**

\_\_ Sí \_\_ No

**\*5.** **¿Su trabajo actual está relacionado con** [**poblaciones que han sido históricamente no han sido apoyadas o vulnerables**](#definition)**? (Es decir, poblaciones inmigrantes, poblaciones tribales, poblaciones migrantes, poblaciones sin seguro médico, personas que han sufrido violencia familiar, personas sin hogar, personas en régimen de acogida, personas con VIH/SIDA, personas con discapacidades, etc.)**

\_\_ Sí \_\_ No

**\*6. Seleccione su tipo/entorno de empleo principal (si trabaja en un UCEDD, LEND, LEAH, PPC o DBP, lo más probable es que trabaje en un entorno de atención médica postsecundario o clínico. Seleccione la opción más adecuada):**

\_\_ Estudiante

\_\_ Escuelas o sistema escolar (incluye programas de intervención temprana [EI], primaria y secundaria)

\_\_ Entorno postsecundario

\_\_ Agencia gubernamental

\_\_ Organización con fines de lucro

\_\_ Organización sin fines de lucro

\_\_ Hospital

\_\_ Sector privado

\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. ¿Trabaja regularmente con otras disciplinas que trabajan con una población de MCHB?**

\_\_ Sí \_\_ No

**8. ¿Cuál es el número de personas con discapacidades del desarrollo que reciben servicios directos a través de las actividades en las que usted participa?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Actividades de liderazgo**

**\*9. ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades desde que concluyó su programa de capacitación?**

\_\_\_ Participar en alguna de las siguientes áreas como líder de grupo, iniciador, colaborador clave o en una posición de

 influencia/autoridad: comités de organizaciones estatales, nacionales o locales; grupos de trabajo; juntas comunitarias;

 grupos de defensa; sociedades de investigación; sociedades profesionales; etc.

\_\_\_ Desempeñar un cargo clínico de influencia (por ejemplo, director, terapeuta sénior, jefe de equipo, etc.).

\_\_\_ Ofrecer consultas o asistencia técnica en áreas relacionadas con MCHB.

\_\_\_ Impartir clases/asesorar en mi disciplina o en otro campo relacionado con MCHB.

\_\_\_ Realizar investigaciones o mejoramientos de calidad en temas relacionados con MCHB.

\_\_\_ Difundir información sobre temas relacionados con MCHB (por ejemplo, publicaciones revisadas por pares, presentaciones claves, manuales de capacitación, resúmenes de temas, documentos de prácticas recomendadas, normas de atención).

\_\_\_ Participar como revisor (por ejemplo, para una revista, resúmenes de conferencias, subvenciones, proceso de garantía de calidad).

\_\_\_ Obtener subvenciones y otros fondos en áreas relacionadas con MCHB.

\_\_\_ Llevar a cabo la planificación estratégica o la evaluación de programas.

\_\_\_ Participar en actividades de desarrollo de políticas públicas (por ejemplo, participé en iniciativas de participación de la comunidad o de creación de coaliciones, políticas o directrices escritas, tuve influencia en la legislación relacionada con la MCHB (proporcioné testimonio, brindé información a los legisladores, etc.).

\_\_\_ Ninguna

\***10.** **Si marcó alguna de las actividades anteriores, ¿en cuál de los siguientes entornos o capacidades diría que estas actividades se produjeron? (Marque todas las opciones que correspondan)**

\_\_\_ Académico

\_\_\_ Clínico

\_\_\_ Salud pública

\_\_\_ Políticas públicas y promoción

\_\_\_ Ninguno

**\* 11. ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades interdisciplinarias desde que terminó su programa de capacitación? (Marque todas las opciones que correspondan):**

\_\_\_ Buscar contribuciones o información de otras profesiones o disciplinas para abordar una necesidad en su trabajo.

\_\_\_ Proporcionar contribuciones o información a otras profesiones o disciplinas.

\_\_\_ Desarrollar una visión compartida, funciones y responsabilidades dentro de un grupo interdisciplinario.

\_\_\_ Utilizar esa información para desarrollar un plan coordinado y priorizado entre disciplinas para abordar una necesidad en su trabajo.

\_\_\_ Establecer procedimientos de toma de decisiones en un grupo interdisciplinario.

\_\_\_ Colaborar con varias disciplinas de distintas agencias/entidades.

\_\_\_ Promover políticas y programas que fomentan la colaboración con otras disciplinas o profesiones.

\_\_\_ Ninguna

**\*12.** **Si actualmente se encuentra en el ámbito de las discapacidades del desarrollo y participa en actividades de liderazgo, seleccione en cuál de los siguientes entornos o capacidades se desarrollan estas actividades:**

\_\_\_ Académico

\_\_\_ Clínico

\_\_\_ Salud pública

\_\_\_ Políticas públicas y promoción

\_\_\_ Ninguno

**\*13. ¿Ha aplicado los conocimientos y habilidades aprendidos en el programa de capacitación una o más veces?**

\_\_ Sí \_\_ No

**14. Describa los logros profesionales que atribuiría al programa de capacitación o cualquier otro detalle que le gustaría que supiéramos sobre su trayectoria profesional.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evaluación del programa de capacitación**

**15. Recomendaría el programa de capacitación a otras personas.**

\_\_ 3 \_\_ 2 \_\_ 1 \_\_ 0 \_\_

(Totalmente de acuerdo) (Mayormente de acuerdo) (Parcialmente de acuerdo) (En desacuerdo) Sin respuesta

**16. Teniendo en cuenta las habilidades profesionales que necesitan los profesionales de la salud en su propio campo, ¿qué sugerencias para cambiar el plan de estudios recomendaría para nuestro Programa de capacitación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración de confidencialidad**

Gracias por aceptar proporcionar información que le permitirá al programa de capacitación hacer un seguimiento de su experiencia de capacitación y ponerse en contacto con usted después de la finalización de su programa de capacitación financiado por el gobierno federal. Sus comentarios son fundamentales para nuestra propia iniciativa de mejoramiento y para cumplir con los requisitos federales de presentación de informes. En este momento está completando la encuesta en papel de formato alternativo.

Tenga en cuenta que su participación para proporcionar información es totalmente voluntaria. La información que facilite solo se utilizará para supervisar y mejorar el programa de capacitación. Tenga por seguro que nos tomamos muy en serio la confidencialidad de su información personal. Ninguna parte de la información que proporcione se utilizará para identificarlo individualmente ante ninguna agencia externa, como MCHB o la Oficina de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (OIDD, por sus siglas en inglés). Cualquier información que se suministre a otras agencias federales o al público se hará de forma conjunta, de manera que n o se pueda identificar a ningún participante específicamente

Si tiene alguna pregunta o duda, o necesita la encuesta en un formato alternativo, póngase en contacto con el director del centro del que recibió la capacitación o envíe un correo electrónico a **nirs@aucd.org**.

Agradecemos mucho su tiempo y ayuda para documentar los resultados del programa de capacitación. Esperamos con interés conocer su desarrollo académico y profesional.