**Encuesta de Pasantes del año Fiscal 2023 - Pasantes del UCEDD**

**\* Respuesta obligatoria**

**Información de contacto/antecedentes**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nombre** |  |
| **Segundo nombre** |  |
| **\*Apellido** |  |
|  **Nombre anterior/de soltera:**(si aplica) |   |
| **Dirección actual** (donde desea que se le contacte) |
| **\*Dirección 1**: |  |
| **Dirección 2:** |  |
| **\*Ciudad** |  |
| **\*Estado** |  |
| **\*Código postal** |  |
| **Teléfono**: (999-999-9999)  |  |  |  |
| **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?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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** |  |
| **\*Condado** |  |
| **\*Código postal** |  |
| **\*País** |  |
| **Teléfono**: (999-999-9999)  |  |

***\*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 y 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 y 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 familia de una persona con discapacidad

[ ]  Miembro de familia de una persona con necesidades médicas

 [ ]  Ninguno

 [ ]  No aplicable

**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 desatendidas 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 principal de empleo (seleccione lo que mejor describa su empleo actual):**

[ ]  Estudiante

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

[ ]  Entorno postsecundario

[ ]  UCEDD/LEND/LEAH/PPC/DBP

[ ]  Agencia gubernamental

[ ]  Organización con fines de lucro

[ ]  Organización sin fines de lucro

[ ]  Hospital

[ ]  Sector privado

[ ]  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. ¿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**

**\*8. ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades desde que concluyó su programa de capacitación?**

* Participé 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.
* Desempeñé un cargo clínico de influencia (por ejemplo, director, terapeuta sénior, jefe de equipo, etc.).
* Ofrecí consultas o asistencia técnica en áreas relacionadas con la MCHB.
* Impartí clases/asesoré en mi disciplina o en otro campo relacionado con la MCHB.
* Realicé investigaciones o mejoras de calidad en temas relacionados con la MCHB.
* Difundí información sobre temas relacionados con la MCHB (por ejemplo, publicaciones revisadas por pares, presentaciones claves, manuales de capacitación, resúmenes de temas, documentos de prácticas recomendadas, normas de atención).
* Actué como revisor (por ejemplo, para una revista, resúmenes de conferencias, subvenciones, proceso de garantía de calidad).
* Obtuve subvenciones y otros fondos en áreas relacionadas con la MCHB.
* Llevé a cabo la planificación estratégica o la evaluación de programas.
* Participé 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 de las anteriores

\***9.** **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

 [ ]  Ninguna de las anteriores

**\*10.** **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

[ ]  Ninguna de las anteriores

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

[ ]  Sí [ ]  No

**12. 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**

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

[ ]  3 (totalmente de acuerdo) [ ]  2 (mayormente de acuerdo) [ ]  1 (parcialmente de acuerdo) [ ]  0 (en desacuerdo) [ ]  sin respuesta

**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 mejora 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 la 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 no se pueda identificar a ningún participante concreto.

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.