

Encuesta de pasantes del año fiscal 2024 - 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 MCH? _____

Título(s) obtenido(s) durante su participación en el Programa de capacitación de la MCH

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)

___ **Blanco** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

___ **Negro o Afroamericano** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

___ **Nativo Americano o Nativo de Alaska** se entiende que son 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: _____

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

___ **Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

___ **Más de una raza** incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales.

___ **No aplica** se utiliza para las personas que no se identifican con las categorías.

***Etnia:** (elijá 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

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 (MCH, 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? (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

- Entorno de atención clínica de salud (incluye hospitales, centros de salud y clínicas)
- Sector privado
- Otro (especifique): _____

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

- 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 MCH.
- Impartir clases/asesorar en mi disciplina o en otro campo relacionado con MCH.
- Realizar investigaciones o mejoramientos de calidad en temas relacionados con MCH.
- Difundir información sobre temas relacionados con MCH (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 MCH.
- 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 MCH (proporcione 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

(Totalmente de acuerdo)
respuesta

2

(Mayormente de acuerdo)

1

(Parcialmente de acuerdo)

0

(En desacuerdo)

Sin

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 permitirá a su programa de capacitación realizar un seguimiento de su experiencia de capacitación y realizar un seguimiento con usted después de completar su programa de capacitación financiado con fondos federales. Su opinión es fundamental para nuestros propios esfuerzos de mejora y nuestro cumplimiento de los requisitos federales de presentación de informes.

Tenga en cuenta que su participación en el suministro de información es totalmente voluntaria. La información que usted proporcione sólo se utilizará para monitorear y mejorar el programa de capacitación. Tenga también la seguridad de que nos tomamos muy en serio la confidencialidad de su información personal. Ninguna información que usted proporcione se utilizará para identificarlo individualmente ante ninguna agencia externa, como la Oficina de Salud Materno Infantil (MCHB) o la Administración de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (OIDD). Cualquier información proporcionada a otras agencias federales o al público se realizará de forma agregada de tal manera que impida la capacidad de identificar a cualquier aprendiz individual.

Si tiene alguna pregunta, inquietud o necesita la encuesta en un formato alternativo, comuníquese con el Director del Centro donde recibió su capacitación o envíe un correo electrónico a nirs@aucd.org o al 301-588-8252.

Apreciamos mucho su tiempo y ayuda para ayudar a documentar los resultados del Programa de Capacitación. Esperamos aprender sobre su desarrollo académico y profesional.