

Encuesta de Pasantes del año Fiscal 2024 - 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)

- 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 y 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 y 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: (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 (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 desatendidas 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 principal de empleo (Si trabaja en UCEDD, LEND, LEAH, PPC o DBP, es probable que trabaje en un entorno de atención médica postsecundaria o clínica. 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. ¿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 MCH.
- Impartí clases/asesoré en mi disciplina o en otro campo relacionado con la MCH.
- Realicé investigaciones o mejoras de calidad en temas relacionados con la MCH.
- Difundí información sobre temas relacionados con la MCH (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 MCH.
- 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 MCH (proporcione testimonio, brinde 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 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.