



Padres (Padre o Madre) Continuación y Salida

Proveedor de Servicios: Preguntas para administrar 9 meses después de que el programa haya comenzado, o cuando el padre haya finalizado el programa. Esta forma incluye preguntas específicas referente al padre recibiendo servicios.

Nombre del padre o madre: _____ **Persimmony ID:** _____ **FDN:** _____
(Fecha de Nacimiento)

Preguntas para el Padre o Madre: (Marque con una "X" en el espacio apropiado)

En una semana usual, ¿Qué tan seguido:	Todos los Días	1-2 Veces por Semana	3-6 Veces por Semana	Pocas Veces al Mes	Nunca	No Sé/ No Hay Respuesta
1. Leer a su(s) niño(s)?						
2. Platica frecuentemente con su(s) niño(s)? (Ej.: les describe lo que esta pasando, conversa con ellos acerca de nuevas experiencias que ellos están viviendo)						
3. Practican juntos juegos que incluyen rimas y números?						
4. Practican juegos de activad física como saltar, correr o bailar?						
5. Practican actividades de autoayuda? (Ej. Ir al baño, vestirse, o ponerse los zapatos.)						
6. Practican rutinas en como prepararse para la escuela?						
7. Practican actividades de jardín de niños, como el cortar con tijeras, colorear, utilizar crayones o lápices?						

Este Programa:	Firmemente en acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Firmemente de desacuerdo	No Sé/ No Hay Respuesta
8. Me facilitó servicios útiles.					
9. Me proporcionó materiales que puedo usar.					
10. Me respetó a mí y a mis tradiciones familiares.					
11. Me ayudó a mi y mi niño(s) en cada visita.					
12. Me enseñó cosas que puedo utilizar todos los días con mi niño y ahora me siento preparado/a para ayudar a mi niño(s) en sus necesidades.					
13. Me ayudó a mí y a mi familia a obtener los servicios que necesitábamos.					
14. Promovió el aprendizaje de mi niño(s).					
15. Me ayudó a desarrollar mis habilidades como padre/madre.					
16. Preparó a mis niño(s) para el jardín de Niños (kínder).					
17. Le ayudó a mis niño(s) a aprender a escribir.					
18. Le ayudó a mis niño(s) a aprender y a disfrutar la lectura.					
19. Le ayudó a mis niño(s) a conversar con los demás y a compartir sus experiencias.					
20. Le ayudó a mis niño(s) a jugar con otros sin gritar o pelear.					

***Atención Proveedor de Servicios: Favor de completar y poner la información en Persimmony no más de 30 días de completar esta forma.**



Niño(s) Continuación Y Salida

Proveedor de Servicios: Preguntas para administrar 9 meses después de que el programa haya comenzado, o cuando el niño haya finalizado el programa. Esta forma incluye preguntas específicas referente a los niños.

Preguntas Para los Niños: (circule "Si" o "No")

Nombre del primer niño: _____ **Persimmony ID:** _____ **FDN:** _____
(fecha de nacimiento)

1.	¿Tiene el niño seguro médico?	Si	No
2.	¿Tiene el niño seguro dental?	Si	No
3.	¿Tiene el niño un doctor al cual visita frecuentemente?	Si	No
4.	¿Tiene el niño todas las vacunas requeridas?	Si	No
5.	¿Tiene el niño un Plan de Educación Individual (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?	Si	No
6.	¿Ha visitado el niño un doctor desde el principio del programa?	Si	No

Nombre del segundo niño: _____ **Persimmony ID:** _____ **FDN:** _____
(fecha de nacimiento)

1.	¿Tiene el niño seguro médico?	Si	No
2.	¿Tiene el niño seguro dental?	Si	No
3.	¿Tiene el niño un doctor al cual visita frecuentemente?	Si	No
4.	¿Tiene el niño todas las vacunas requeridas?	Si	No
5.	¿Tiene el niño un Plan de Educación Individual (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?	Si	No
6.	¿Ha visitado el niño un doctor desde el principio del programa?	Si	No

Nombre del tercer niño: _____ **Persimmony ID:** _____ **FDN:** _____
(fecha de nacimiento)

1.	¿Tiene el niño seguro médico?	Si	No
2.	¿Tiene el niño seguro dental?	Si	No
3.	¿Tiene el niño un doctor al cual visita frecuentemente?	Si	No
4.	¿Tiene el niño todas las vacunas requeridas?	Si	No
5.	¿Tiene el niño un Plan de Educación Individual (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?	Si	No
6.	¿Ha visitado el niño un doctor desde el principio del programa?	Si	No

Nombre del cuarto niño: _____ **Persimmony ID:** _____ **FDN:** _____
(fecha de nacimiento)

1.	¿Tiene el niño seguro médico?	Si	No
2.	¿Tiene el niño seguro dental?	Si	No
3.	¿Tiene el niño un doctor al cual visita frecuentemente?	Si	No
4.	¿Tiene el niño todas las vacunas requeridas?	Si	No
5.	¿Tiene el niño un Plan de Educación Individual (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?	Si	No
6.	¿Ha visitado el niño un doctor desde el principio del programa?	Si	No

Completado por: _____ **Fecha:** _____

***Atención Proveedor de Servicios: Favor de completar y poner la información en Persimmony no más de 30 días de completar esta forma.**