

Default Question Block

Forma Aprobada
OMB No. 0920-1129
Exp.: 08/31/2019

Gracias por completar el entrenamiento sobre los trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD) hace unos meses. Nos gustaría invitarle a completar un cuestionario de evaluación posterior a la capacitación. Agradecemos su deseo de ayudarnos evaluar la eficacia del entrenamiento y el impacto en su práctica mientras aborda temas de prevención, identificación y tratamiento de FASD

Este cuestionario le llevara aproximadamente 2 minutos para completar. Sus respuestas se mantendrán seguras y no se incluirá información individualmente identificable. Riesgos de participar en este cuestionario son mínimos e incluyen el riesgo de que su información sea conocida por individuales fuera de AAP.

Su participación en este cuestionario es voluntaria. Puede rehusar a contestar cualquier pregunta y tiene el derecho de parar en cualquier momento.

Por favor envíe preguntas a los colaboradores del proyecto a PEHDIC@aap.org.

Según los informes públicos, el tiempo estimado para este cuestionario es un promedio de 2 minutos por respuesta, incluyendo tiempo para repasar las instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos requeridos, y completar y repasar la información obtenida. Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar y una persona no es obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número vigente y valido de control de OMB. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-1129)

IDENTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN ÚNICA (para ayudarnos igualar sus respuestas de antes y después de la capacitación)

Primeras 2 letras del apellido de soltera de su madre:

Mes de cumpleaños (suyo):

Últimos 2 dígitos de seguro social (suyo):

Estado en el cual practica. Utilice el menú desplegable para encontrar su estado.

¿Qué tan seguido hace lo siguiente? (Marque una respuesta por línea)

| | Nunca | Raramente | A Veces | Generalmente | Siemp |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Preguntar regularmente acerca de exposición prenatal al alcohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Identificar paciente como alguien que podría tener unos de los FASDs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Diagnosticar paciente como alguien que podría tener unos de los FASDs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Referir paciente para diagnosticó y/o servicios de tratamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Maneja/coordina el tratamiento de pacientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Durante los últimos tres meses, diagnosticó alguno niño/a con síndrome de alcohol fetal (FAS) o uno de los trastornos de espectro de alcohol fetal (FASDs)?

- Si
- No

En caso afirmativo, por favor especifique cuál esquema diagnóstico (si lo hubo) uso para apoyar su diagnóstico: (Marque todo lo que aplica)

- Criterio del Instituto de Medicina
- Algoritmo y/o herramientas de la Academia Americana de Pediatría
- Seattle Código de Diagnostico 4-Digitos (Universidad de Washington)
- Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)
- Otro esquema (por favor especifique)

- No use ningún esquema en particular

¿Durante los últimos tres meses, refirió algún niño/a para una evaluación de FASD?

- Si
- No

Como resultado de participar en la actividad de aprendizaje de FASD, ¿tuvo la intención de hacer un cambio en su práctica?

- Si
- No

En caso afirmativo, por favor describa lo que hizo de manera diferente en su práctica durante los últimos 3 meses:

¿Encontró alguna barrera para hacer un cambio en su práctica?

Si

No

En caso afirmativo, por favor describa:

¡Gracias por tomar el tiempo de contestar estas preguntas!

Powered by Qualtrics