¡Díganos más en esta NUEVA encuesta de seguimiento!

Esta breve encuesta le tomará menos de 5 minutos. Sus respuestas son anónimas y puede salir de la encuesta en cualquier momento. El propósito de esta encuesta es ayudarnos a entender mejor la forma en que se usa la aplicación (*app Sigamos el Desasollo*) y si los usuarios están satisfechos. Gracias por su tiempo.

¿A quién le comunicó sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Médico o proveedor de cuidado médica de mi hijo
* Maestro o proveedor de cuidados infantiles de mi hijo
* Programa de intervención temprana de mi hijo
* Mi familia o amigos
* No le comuniqué a nadie mis preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo o los indicadores del desarrollo que no haya alcanzado
* Otro profesional/proveedor (terapeuta, visitador a domicilio, proveedor de WIC o Help Me Grow)

Díganos por qué no le comunicó a nadie las preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo.

Enumere los otros tipos de profesional o proveedor a quienes les comunicó las preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo.

¿El médico o proveedor de atención médica de su hijo hizo algo de lo siguiente después de que usted le comunicó sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Realizó pruebas del desarrollo (completó una lista de preguntas sobre las destrezas y habilidades del niño)
* Lo refirió a otro profesional, proveedor o programa
* Lo refirió a servicios de intervención (por ejemplo, terapia del habla o de otro tipo)
* Habló sobre el desarrollo de su hijo y los siguientes pasos
* Recomendó "esperar y ver"
* El médico dijo que todo estaba bien
* Alguna otra cosa

Se estima que la carga de presentación de informes públicos de esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido. Enviar comentarios sobre esta estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga al Oficial de Despacho de Informes de los CDC/ATSDR; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; A la atención de: OMB-PRA (0920-New)

¿Qué hizo el médico o proveedor de atención médica de su hijo después de que usted le comunicó sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo?

¿A cuál de los siguientes profesionales, proveedores o programas lo envió su médico o proveedor de atención médica? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Programa estatal de intervención temprana
* Escuela pública local (programa o maestro prescolar de educación especial)
* Terapeuta del habla, ocupacional, físico u otro
* Especialista (por ejemplo, pediatra especializado en el desarrollo, neurólogo, sicólogo)
* Head Start u otro programa de cuidados infantiles
* Visitador a Domicilio
* Otro profesional, proveedor o programa

Enumere los tipos de profesional, proveedor o programa a los que su médico o proveedor de atención médica lo envió.

¿El maestro o proveedor de cuidados infantiles de su hijo hizo algo de lo siguiente después de que usted le comunicó sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Realizó pruebas del desarrollo (completó una lista de preguntas sobre las destrezas y habilidades del niño o le hizo un breve examen)
* Lo refirió al médico o proveedor de atención médica de su hijo
* Lo refirió a los servicios de intervención temprana de su estado
* Lo refirió a una escuela pública local (programa prescolar de educación especial)
* Habló sobre el desarrollo de su hijo y los siguientes pasos
* Recomendó "esperar y ver"
* Alguna otra cosa

¿Qué más hizo el maestro o proveedor de cuidados infantiles de su hijo después de que usted le comunicó sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo?

¿De quién recibió su hijo servicios para apoyar su desarrollo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Programa estatal de intervención temprana
* Escuela pública local (programa o maestro prescolar de educación especial)
* Terapia del habla, ocupacional, física u otra que no sea proporcionada por un programa estatal de intervención temprana
* Head Start u otro programa de cuidados de la primera infancia
* Programa de Visitas a Domicilio
* Mi hijo todavía no ha recibido servicios; le están haciendo pruebas
* Mi hijo no cumplió los requisitos para recibir servicios, pero los necesitaba
* Mi hijo no cumplió los requisitos para recibir los servicios y no creo que los necesitara
* No creo que mi hijo necesitara servicios
* Otra opción

Indique qué otros tipos de servicios recibió su hijo para apoyar su desarrollo.

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Me gusta usar esta *app*.

Puedo confiar en que esta *app* me ayude a identificar

preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo o indicadores del desarrollo no alcanzados.

Recomendaría esta *app* a familiares y amigos.

He aprendido más sobre el desarrollo de mi hijo usando esta

*app*.

**Indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.**

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Pienso usar esta *app* para seguir el desarrollo de mi hijo en el

futuro.

Puedo usar esta *app* para que me ayude a

hablar con otras personas (médico, maestro, terapeuta, amigos o familiares) sobre el desarrollo de mi hijo o los indicadores del desarrollo que no haya alcanzado.

Puedo usar esta *app* para que me ayude a saber qué hacer si me

preocupa el desarrollo de mi hijo o que no haya alcanzado algunos indicadores del desarrollo.

Puedo usar esta *app* para hablar de las preocupaciones sobre

el desarrollo de mi hijo o los indicadores del desarrollo que no haya alcanzado con otras personas (médico, maestro, terapeuta, amigos o familiares).

Puedo usar esta *app* para conocer

más consejos y actividades que pueden

ayudar a mi hijo a aprender y crecer.

Por lo general, ¿con qué frecuencia piensa usar la *app* *Sigamos el Desarrollo*?

* Todos los días
* Una vez a la semana
* Una vez al mes
* Una vez al año
* Algunas veces al año (3 a 5 veces)
* No la uso o no pienso usarla

¿Por qué no usa o no piensa usar la *app*?

¿Cuándo usa generalmente la app Sigamos el Desarrollo? Seleccione todas las opciones que correspondan.

* Cuando recibo notificaciones de la app
* Cuando me preocupa algo del desarrollo de mi hijo
* Cuando me preparo para una visita médica de rutina con el médico de mi hijo
* Cuando me preparo para una reunión de padres y maestros
* Cuando hablo del desarrollo de mi hijo con su terapeuta (p. ej., terapeuta del habla, ocupacional, físico)
* Otra opción

Describa otras veces en las que usted generalmente usa la app Sigamos el Desarrollo.

**Las siguientes preguntas nos ayudan a entender quién está usando la *app* Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la *app* para atender mejor sus necesidades. Si lo prefiere, puede saltarse estas preguntas y pasar directamente a “Enviar”.**

¿En qué estado o territorio se encuentra?

* Alabama (AL)
* Alaska (AK)
* Arizona (AZ)
* Arkansas (AR)
* California (CA)
* Colorado (CO)
* Connecticut (CT)
* Delaware (DE)
* District of Columbia (DC)
* Florida (FL)
* Georgia (GA)
* Hawaii (HI)
* Idaho (ID)
* Illinois (IL)
* Indiana (IN)
* Iowa (IA)
* Kansas (KS)
* Kentucky (KY)
* Louisiana (LA)
* Maine (ME)
* Maryland (MD)
* Massachusetts (MA)
* Michigan (MI)
* Minnesota (MN)
* Mississippi (MS)
* Missouri (MO)
* Montana (MT)
* Nebraska (NE)
* Nevada (NV)
* New Hampshire (NH)
* New Jersey (NJ)
* New Mexico (NM)
* New York (NY)
* North Carolina (NC)
* North Dakota (ND)
* Ohio (OH)
* Oklahoma (OK)
* Oregon (OR)
* Pennsylvania (PA)
* Rhode Island (RI)
* South Carolina (SC)
* South Dakota (SD)
* Tennessee (TN)
* Texas (TX)
* Utah (UT)
* Vermont (VT)
* Virginia (VA)
* Washington (WA)
* West Virginia (WV)
* Wisconsin (WI)
* Wyoming (WY)
* American Samoa (AS)
* Guam (GU)
* Northern Mariana Islands (MP)
* Puerto Rico (PR)
* Virgin Islands (VI)

¿Qué edades tienen sus hijos cuyo desarrollo le preocupa o que no hayan alcanzado algunos indicadores del desarrollo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

0-6 meses

7-11 meses

1. año
2. años
3. años
4. años
5. años

¿Con qué grupo étnico se identifica? Hispano o latino



No hispano o latino

¿Con qué raza se identifica? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

* Indígena de los EE. UU. o Nativa de Alaska
* Asiática
* Negra o afroamericana
* Nativa de Hawái Otra isla del Pacífico
* Blanca

¿Cuál es el ingreso anual aproximado en su hogar?

* Menos de $20 000 anuales
* $20 000 - $34 999 anuales
* $35 000 - $49 999 anuales
* $50 000 - $74 999 anuales
* $75 000 - $99 999 anuales
* $100 000 y más anuales

¿Cuál es su nivel más alto de estudios?

* Menos de un título de secundaria superior
* Título de escuela secundaria superior o GED
* Algunos estudios universitarios
* Título universitario (BA, BS)
* Maestría o grado superior