

SEED Follow-up – Call Script for SEED 1 Caregivers (2nd Follow-Up)

Please note the enrollment call for SEED 1 caregivers will be administered by a bilingual interviewer, so the call script does not require a translation. The translated survey begins on page 9.

SECTION A: Introduction

SECTION 1: Initial Contact

SECTION 1: NO ANSWER

Voicemail Script:

Hi, my name is [NAME] and I'm calling on behalf of the Centers for Disease Control and Prevention. I am trying to reach [PARTICIPANT'S NAME]. I am sorry I missed you and will call you back later. You are also welcome to call us, toll-free at <CNI phone number>. Thank you.
[TERMINATE CALL] [DOCUMENT CALL IN DATABASE]

SECTION 1: ANSWER

Contact Script:

Hi, my name is [INTERVIEWER'S NAME] and I'm calling on behalf of the Centers for Disease Control and Prevention. May I please speak to [PARTICIPANT'S NAME]?

1. PARTICIPANT TEMPORARILY NOT AVAILABLE → CONTINUE TO A2
2. PARTICIPANT REACHED (CONTINUE) → GO TO A3
3. PARTICIPANT NO LONGER AT THIS NUMBER → GO TO A2.1

Participant Temporarily Not Available:

A2. I am sorry I missed [HER/HIM/NAME]. What is the best time to reach [HER/NAME]?
[SCHEDULE CALL BACK IN DATABASE]

Participant No Longer At This Number:

A2.1 Do you have [HER/HIS] contact information? [IF YES: THANK GATEKEEPER. UPDATE DATABASE WITH NEW CONTACT INFO] [IF NO: THANK GATEKEEPER. END CALL].

SECTION A3: Introduction to the Study

A4. Hi, [PARTICIPANT'S NAME]. I am calling because you recently participated in the Study to Explore Early Development or SEED Follow-up Study. We truly appreciate your previous contributions to SEED and are excited about the things we are learning from that research.

We had mentioned that we may contact you to participate in additional parts of the study. For this next part of the study, we are looking at changes in your child's services, supports, and social participation following exit from high school.

I would like to provide more information and describe the study in a little more detail. The call should only take about 10-15 minutes to complete. Have I reached you at a convenient time?

YES [CONVENIENT TIME] 1 [GO TO Section A6]
NO [NOT A CONVENIENT TIME]2 [GO TO Section A4]
NOT INTERESTED.....3 [GO TO Section A5]

[IF RECEIVED CONTACT INFO FOR LEGAL GUARDIAN FROM GATEKEEPER START HERE]

Hello, May I speak with [LEGAL GUARDIAN NAME]?

My name is [INTERVIEWER'S NAME] and I'm calling on behalf of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) regarding additional activities in the national research study called the Study to Explore Early Development or SEED Follow-up Study. We spoke with [you/contact's name] a few weeks/months ago and you completed our survey. I would like to talk to you about another brief survey. The call should only take about 10-15 minutes to complete. Have I reached you at a convenient time?

YES [CONVENIENT TIME] 1 [GO TO Section A6]
NO [NOT A CONVENIENT TIME]2 [GO TO Section A4]
NOT INTERESTED.....3 [GO TO Section A5]

SECTION A4: Reschedule

A4. When would be a convenient time for you to receive a callback?
[TERMINATE CALL] [SCHEDULE CALL BACK IN DATABASE]

SECTION A5: Response to Refusals

[IF A REASON IS GIVEN FOR REFUSAL GO TO A5.a]

[IF A REASON IS NOT GIVEN FOR REFUSAL GO TO A5.b.]

SECTION A5.a: I understand you said ...

RESTATE REASONS AND USE TELEPHONE INTERVIEWING SKILLS TO ATTEMPT A
CONVERSION

SECTION A5.b: May I ask why you do not want to participate?

[INTERVIEWER: USE TELEPHONE INTERVIEWING SKILLS TO RESPOND TO REASON FOR
REFUSAL BY STATING THE BENEFITS]

SECTION A6: Quality Assurance

A6. Thank you! I would like to let you know that the call is being recorded for Quality Assurance purposes. Are you in a place where you can talk safely on the phone?

YES 1 [GO TO SECTION B]
NO 2 [GO TO SECTION A4]

SECTION B: Description of Study

[FOR ALL RESPONDENTS]

We are asking you to participate in this part of the SEED Follow-up Study to learn more about experiences and challenges faced by young adults after leaving high school. We want to learn more about how services, supports, and activities changed after your child left high school. Your participation in the study will help us better understand these changes and identify the types of services and supports your child may continue to need after leaving high school.

It is important that we have parents of young adults with and without disabilities participate because it will help us find clues about why some young adults have different experiences after leaving high school than others.

Before we go over the details of the study and what you will be asked to do, would you mind if I ask you a few questions to make sure this study is right for you and your child?

May 2023

SECTION C: ELIGIBILITY SCREENING

Now I have a few questions to help us determine your eligibility.

- 1a. Do you currently live with [CHILD]? YES, All of the time01[GO TO 1b]
 YES, Part of the time.....02 [GO TO 1b]
 NO, None of the time.....03 [GO TO 1b]

[If Respondent reports child is deceased express condolences, thank them for their time, END CALL.
GO TO AA.A]

- 1b. Is your child 18 years or older? YES.....01 [GO TO 1c.]
 NO.....02 [GO TO 1d.]

- 1c. Are you still [CHILD's] legal guardian?
 YES.....01 [GO TO 1d]
 NO, someone other than me is legal guardian02 [GO TO 2]
 NO, CHILD IS A LEGAL ADULT03 [GO TO 1d]

- 1d. Has your child exited high school? YES.....01 [GO TO 1e.]
 NO.....02 [GO TO 1e.]

- 1e. What is [CHILD'S] current living situation? _____ [RECORD VERBATIM]

[IF NEEDED PROBE FOR RELATIONSHIP]

- LIVES W/ BIOMOM..... 01 [GO TO 1c.]
LIVES W/ BIODAD.....02 [GO TO 1c.]
LIVES W/ STEP PARENT.....03 [GO TO 1c.]
LIVES W/ GRANDPARENT04 [GO TO 1c.]
LIVES W/ OTHER RELATIVE05 [GO TO 1c.]
LIVES W/ OTHER05 [GO TO 1c.]
LIVES ALONE06 [GO TO 3b.]
LIVES IN DORM/APT/HOUSE WITH ROOMMATES
 07 [GO TO 3b.]
LIVES IN A RESIDENTIAL FACILITY...06 [GO TO 1d.]
LIVES IN A JUV JUS/JAIL.....08 [INELIGIBLE GO
TO AA.C]
FOSTER CARE.....09 [INELIGIBLE GO TO AA.D]

2. Who is the child's legal guardian?

FIRST NAME _____
LAST NAME _____
RELATION TO CHILD _____

2a. We would like to contact [CHILD's] legal guardian to see if they might be interested in participating in the follow-up study. Do we have your permission to contact the [CHILD'S LEGAL GUARDIAN RELATIONSHIP, E.G. CHILD'S FATHER, CHILD'S GRANDMOTHER]?

YES.....01 [GO TO 2b]
NO.....02 [GO TO 2c]

2b. Can you provide [HIS/HER] contact information?

ADDRESS _____
PHONE NUMBER _____
EMAIL ADDRESS _____
DK CONTACT INFO..... [Thank GK END CALL, GO TO 2c]

Thank you for your help. We appreciate your time. [END CALL]

2c. That's fine, we understand. We would like to leave our contact information for you to pass on to [CHILD's] legal guardian if you change your mind. Would that be OK? [IF YES: give site contact information, thank gatekeeper, END CALL. INELIGIBLE GO TO AA.B [Can re-status family if receive call] IF NO: Thank gatekeeper for their time. END CALL. INELIGIBLE GO TO AA.B].

SECTION D: STUDY STEPS OVERVIEW

You are eligible to participate in this part of the study. Next, I'd like to tell you some details about the study so you can make an informed decision whether or not you would like to participate. This study involves filling out a brief questionnaire about changes in your child's services, supports, social participation, and daily activities following their exit from high school. We estimate that it will take approximately 10 minutes total to complete. You will receive a \$5 gift card to thank you for your participation in the study.

You may choose to complete the questionnaire online via a weblink. If you choose to complete the questionnaire by web, we can email you a link to the survey.

If you prefer, you can also complete the questionnaire over the phone with a study team member. I can set up a time for someone to call you back – or if you have time now, I could also complete the survey with you now.

Do you prefer to complete the questionnaire online, or over the phone?

ONLINE.....1 go to D.3
PHONE.....2 go to D.3
NEITHER.....3 go to D.2

D.2 [ONLY OFFER IF PARTICIPANT INDICATES UNABLE TO COMPLETE BY WEB OR PHONE]

I am sorry that neither one of the options will work for you. Would you prefer to complete the questionnaire by mail?

If YES, verify contact information and notify SEED site:

Address: _____

Phone 1: _____

Phone 2: _____

Email: _____

D.3 Do you prefer to complete the survey in English or Spanish?

D.4 No matter how you complete the questionnaire, we will ensure you receive an information sheet for you to keep – it provides information on your rights as a research participant and also gives information about your participation in the SEED Follow-up Study. I can email a link for you to download this information sheet – or take your address and mail you a copy.

EMAIL.....1 record in database

MAIL..... 2 Notify original site to mail

If you choose to complete the questionnaire by paper, we will also send you a packet of materials that contains:

- The questionnaire for you to fill out and mail back to us
- Prepaid envelope to mail the completed questionnaire back to us.

[READ TO ONLINE AND MAIL PARTICIPANTS]

If you find you have any questions about these forms as you complete them then you can call us. We may also contact you to set up a time to speak with you if we need to clarify any of your responses.

SECTION E: VERBAL CONSENT TO ENROLL

Next, I will read the Verbal Consent regarding enrollment in this part of the SEED Follow-up Study. Afterwards, I am required to ask you for your decision so we can document your verbal consent for our records.

Your participation is voluntary. There is little risk in taking part in this study. You are free to skip any questions that you do not want to answer or that make you uncomfortable. All answers that you give will be kept private.

There is no personal benefit to you for taking part in the study. Your participation will help us understand experiences after high school for different types of people. The results of the study may help us learn more about how we can help individuals with ASD and other DD as they mature.

We understand that you may have concerns about your privacy. In order to protect the privacy of all participants, CDC received a Certificate of Confidentiality. The Certificate of Confidentiality guarantees that any information that is collected that could identify you or your child will be used only for this project. It cannot be given to anyone else unless you give your written consent or unless otherwise required by law. However, by law, we must report to the State if you tell us you are planning to cause serious harm to yourself or others.

All answers that you give will be kept private. We will never use your name in any report. Information in reports or scientific papers from this study will be including only information from study participants combined together.

Rather than using your names, you will be given a study ID. The study ID will be recorded on all study forms. When we use data from the study to do analyses, only the study IDs will be used and not names. Only the necessary study staff will have access to your personal information.

If you have any concerns about the study, you may contact <site PI/PC and phone>. If you have any questions about completing the survey, you may contact <CNI staff and phone>. If you have questions about your rights as a research participant, you can call the <IRB office contact> at <phone number>.

All of these contact numbers will be included in the packet we send you with information about the study and your rights as a participant.

Again, I want to remind you that your participation in this research study is voluntary. You are allowed to drop out of the study at any time without penalty. If you give your consent today, you can still decide at any time that you do not want to participate. To withdraw from this study, you may contact <CNI staff name and phone>. This number will also be included in the packet we send you.

Now I need to ask for and document your verbal response to our request to consent.

ENROLLMENT CONSENT: Are you willing to enroll in this part of the study?

YES 1 [GO TO SECTION F]

NO2 [IS THERE ANY PARTICULAR REASON YOU ARE NOT INTERESTED IN PARTICIPATING?] [SPECIFY _____]

Thank you! If you change your mind about participating, please call us at <phone number>.

SECTION F: CONTACT INFORMATION

Thank you! Now I would like to verify your contact information.

Name: (First)_____ (Last) _____

Address: _____

Phone 1: _____

Phone 2: _____

Email: _____

SECTION G: INCENTIVES

As I mentioned before, you will receive a \$5 gift card to thank you for your participation in this part of the study. Would you prefer an electronic gift card that will sent to you by email, or a physical card that will be mailed to your address?

___ Electronic gift card

___ Physical gift card

SECTION H: ELIGIBILITY SCREENING FOR ADULT CHILD

One of the other additional study steps we may ask you to participate in is a questionnaire to be completed by your adult child. The survey includes questions about changes in service use and needs after high school exit. There are also questions about mental health, quality of life, gender identity, sexuality, and romantic relationships. This information will help us learn more about experiences and challenges faced by young adults after leaving high school. We want to learn more about individuals with ASD and other DD as they mature so they can get the services and supports they need. After you complete this questionnaire, we would like to contact your child to ask them about participating in this part of the study.

Your child will have the option to refuse participation in this part of the study, or agree to complete the questionnaires online or over the telephone with a study team member. If your child is unable to complete the survey online or over the phone, but could do so by mail, we may offer your child this option.

Based on the description of the study instruments your child will be asked to complete, do you feel that your child would be able to complete them independently or with some assistance? Or do you believe that your child would be unable to complete because of significant language or cognitive difficulties?

- ☐ Able to complete independently without assistance
- ☐ Able to complete with some assistance
- ☐ Unable to complete

[If child is able to complete questionnaire independently, ask for contact information for adult child.]

Name: (First)_____ (Last) _____

Address: _____

Phone 1: _____

Phone 2: _____

Email: _____

If assistance is needed, ask if they wish to be present on the phone when CNI contacts adult child.

If assistance is needed and parent is still child's legal guardian, ask if they would be ok if we set up a call with them and their adult child so the legal guardian can provide consent on behalf of the adult child.

SECTION I: END CALL

Thank you for your time today.

If participant chooses to complete questionnaire online:

We will email you a weblink to complete the questionnaire online soon. The email will come from [CNI email] with the subject "SEED Survey." We will follow-up in about a week or so to make sure you received the weblink and to answer any questions you may have. In the meantime, if you have any questions, please call us at <PHONE #>.

If participant chooses to complete questionnaire by phone:

Let's go ahead and set up an appointment for us to complete the questionnaire with you by phone.

If participant chooses to complete questionnaire by mail:

You can expect to receive your packet in the mail soon. We will follow-up in about a week or so to make sure you received the packet and to answer any questions you may have. In the meantime, if you have any questions, please call us at <PHONE #>.

AA. INELIGIBLE/REFUSAL REASONS:

A. CHILD IS DECEASED. [Document call]

B. NO ACCESS TO LEGAL GUARDIAN. Unfortunately, your family is not eligible to participate. We must have permission from [CHILD's] legal guardian in order for your family to participate. Thank you for your time. [END CALL]

C. CHILD CURRENTLY IN JUVENILE JUSTICE SYSTEM/JAIL. Unfortunately, your family is not eligible to participate. Thank you for your time. [END CALL]

D. CHILD CURRENTLY IN FOSTER CARE. Unfortunately, your family is not eligible to participate. Thank you for your time. [END CALL]

E. LEGAL GUARDIAN WHO IS NOT FAMILIAR WITH CHILD'S HEALTH, HEALTH CARE, EDUCATION, AND CURRENT ACTIVITIES. Unfortunately, your family is not eligible to participate. Thank you for your time. [END CALL].

Estudio de seguimiento de SEED: Segunda encuesta de seguimiento para padres de adultos jóvenes (Informe para padres)

Contenidos

A. Salir de la escuela secundaria.....	3
B. Situación de vivienda.....	4
C. Actividades diarias y participación social.....	5
D. Uso y necesidad de servicios de salud y atención médica.....	7
E. Servicios educacionales y de desarrollo.....	8
F. Apoyo y formación profesional.....	9

Formulario aprobado

OMB N.O 0920-1392

Fecha de vencimiento 4/30/2026

La labor de divulgación pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 10 minutos por formulario, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y almacenar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizarla ni patrocinarla, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de la labor o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo las sugerencias para reducir dicha labor, al Oficial de Informes de Autorización de CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333: ATTN: PRA (0920 -1392).

Al igual que en la Encuesta Básica de Seguimiento de Salud y Desarrollo de SEED, todas las preguntas de la Segunda Encuesta de Seguimiento de Hijos Adultos Jóvenes (Versión Informe para Padres) se seleccionaron de encuestas nacionales, la Encuesta de Salud y Desarrollo de Adolescentes de SEED o instrumentos estandarizados. Éstas fueron elegidas para captar mejor la salud y el funcionamiento de las personas con y sin autismo y sus familias. Se revisó la siguiente lista de encuestas nacionales y se seleccionaron las preguntas pertinentes de las encuestas para incluirlas en la segunda encuesta de seguimiento de hijos adultos.

- Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/slait/nsch.htm>)
- Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/>)
- Encuesta Nacional del Examen de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/>)
- Estudio Nacional de Transición Longitudinal-2 (NLTS2, por sus siglas en inglés) (<http://www.nlts2.org/>)
- Red Interactiva de Autismo (<https://iancommunity.org/>)
- Formularios del Estudio de Control de Casos de Antecedentes de Salud Maternoinfantil de SEED
- Encuesta sobre Conductas de Riesgo en Jóvenes (YRBS, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/questionnaires.htm>)
- El Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos (Add Health) (<https://addhealth-navigator.cpc.unc.edu/>)
- Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/index.htm>)
- Encuesta de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL, por sus siglas en inglés) (<https://www.who.int/tools/whoqol>)

Segundo Seguimiento para Padres de Hijos Adultos: Encuesta de Informe para Padres

A. Salir de la escuela secundaria

1. ¿Cuándo completó su hijo su educación secundaria?

Mes	Año

€ Mi hijo(a) no asistió a la escuela secundaria (PASAR a **B. Situación de vivienda**)

2. Cuando su hijo(a) terminó la escuela secundaria, su hijo(a)...

- € Recibe un diploma de estudios regulares
- € Recibe un diploma de estudios vocacionales
- € Recibe un certificado de culminación de estudios
- € Toma un examen y recibe un GED (Diploma General de Educación) sin completar todas las clases
- € Abandona o deja de asistir
- € Es expulsado(a) (o suspendido(a), pero no regresó)
- € Otro, especifique: _____

3. Desde que salió de la escuela secundaria, su hijo(a)... (marque todo lo que corresponda)

- € Asistió a una universidad comunitaria o de 2 años
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una universidad comunitaria o de 2 años
- € Asistió a una escuela vocacional, comercial o técnica después de la escuela secundaria
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una escuela vocacional, de negocios o técnica
- € Asistió a una universidad de 4 años
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una universidad de 4 años
- € Asistió a un programa de posgrado (por ejemplo, programa de maestría o doctorado)
- € Se graduó con un título avanzado (por ejemplo, maestría o doctorado)

4. ¿Está su hijo(a) actualmente inscrito en la universidad o planea asistir a la universidad?

- € No
- € Sí, a tiempo parcial
- € Sí, a tiempo completo

B. Situación de vivienda

1. ¿Dónde vive actualmente su hijo(a) o cuál es la situación de vivienda actual de su hijo(a) (marque solo una)?

- € De forma independiente (solo(a)) con alguna ayuda
- € De forma independiente (solo(a)) sin ayuda
- € De forma independiente (con cónyuge o compañero de cuarto)
- € Con padre(s) o padre(s) adoptivo(s)
- € Con un miembro adulto de la familia que no sea padre (por ejemplo, hermano, tía, tío, primo, etc.) Especifique la relación: _____
- € Con un tutor legal que no sea miembro de la familia
- € En un hogar residencial dentro de la comunidad.
- € En una instalación residencial separada de la comunidad.
- € Otro (Especifique, escriba en letra legible): _____)

2. ¿Qué tan satisfecho cree que está su hijo(a) con las condiciones de su situación de vivienda?

- € Muy insatisfecho
- € Bastante insatisfecho
- € Ni satisfecho ni insatisfecho
- € Satisfecho
- € Muy satisfecho

C. Actividades diarias y participación social

1. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿ha participado su hijo(a) en:

	Sí	No	No lo sé
¿Un equipo deportivo o ha tomado clases de deporte?	☐	☐	☐
¿Algún club u organización?	☐	☐	☐
¿Alguna otra actividad o clase organizada, como música, danza o idiomas?	☐	☐	☐
¿Algún tipo de servicio comunitario o trabajo voluntario en la escuela, la iglesia o la comunidad?	☐	☐	☐
¿Algún trabajo, incluidos los trabajos regulares, así como el cuidado de niños, cortar el césped u otro trabajo ocasional?	☐	☐	☐

2. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia su hijo(a) hace alguna de las siguientes:

	Nunca	Al menos una vez	Mes por medio	Mensual	Semanal	Diario
¿Se reúne socialmente con amigos o vecinos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Llama o envía mensajes de texto a amigos por teléfono?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Utiliza correo electrónico, mensajería instantánea, Skype, mensajes de texto, mensajería de Facebook/Instagram/Snapchat o participa en salas de chat?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se ha reunido con CUALQUIER pariente, sin incluir a los que viven con usted?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha ido a la iglesia, templo u otro lugar de culto para servicios u otras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha ido a un espectáculo o al cine, a eventos deportivos, a una reunión de un club o cualquier a otro evento grupal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha ido a comer a un restaurante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿cuántos días ha realizado su hijo(a) un total de 30 minutos o más de actividad física, que fue suficiente para aumentar su frecuencia respiratoria? *Esto puede incluir deportes, ejercicio y caminatas rápidas o andar en bicicleta como recreación o para ir y venir de lugares, pero no debe incluir tareas domésticas o actividad física que pueda ser parte de su trabajo.*

Número de días de ejercicio durante el último mes: _____

4. EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿cuánto tiempo suele pasar su hijo(a) frente a un televisor viendo programas de televisión o películas, incluyendo los servicios de streaming como Netflix, Hulu, Apple+?

€ Ninguno

- € Menos de 1 hora
- € 1 hora
- € 2 horas
- € 3 horas
- € 4 o más horas
- € No lo sé

5. EN UN DÍA PROMEDIO ENTRE SEMANA, ¿cuánto tiempo suele pasar su hijo(a) con computadoras, tablets, teléfonos celulares, videojuegos portátiles y otros dispositivos electrónicos, haciendo cosas que no sean tareas escolares o viendo videos en YouTube/TikTok, programas de televisión o películas?

- € Ninguno
- € Menos de 1 hora
- € 1 hora
- € 2 horas
- € 3 horas
- € 4 o más horas
- € No lo sé

D. Uso y necesidad de servicios de salud y atención médica

1. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la salud general de su hijo(a)? *Marque UNA casilla.*

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

2. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿hubo algún momento en que su hijo(a) necesitó atención médica, pero no la recibió? Por atención médica, nos referimos a la asistencia médica, así como a otros tipos de atención, como atención dental, atención de la vista y servicios de salud mental.

- ☐ Sí
- ☐ No (**Pasar a la Sección E**)

3. En caso afirmativo, ¿qué tipos de atención NO se recibieron? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Atención dental
- ☐ Atención del oído
- ☐ Atención médica, de rutina preventiva
- ☐ Atención médica, atención de rutina por enfermedad o de urgencia
- ☐ Atención médica, emergencia hospitalaria
- ☐ Atención médica, especialista
- ☐ Servicios médicos para diagnóstico o evaluación relacionados con una discapacidad
- ☐ Servicios de salud mental, terapia o servicios psicológicos
- ☐ Atención oftalmológica
- ☐ Otro, especifique _____

4. Cuál de los siguientes contribuyó a que su hijo(a) no recibiera los servicios de atención médica necesarios:

	Sí	No
Mi hijo(a) no tenía seguro médico que cubriera los servicios necesarios.	☐	☐
Mi hijo(a) no era elegible para los servicios.	☐	☐
Los servicios que necesitaba mi hijo(a) no estaban disponibles en mi área.	☐	☐
Hubo problemas para obtener una cita cuando mi hijo(a) la necesitaba.	☐	☐
Hubo problemas para conseguir transporte o guardería.	☐	☐
El consultorio (de la clínica/médico) no estaba abierto cuando mi hijo(a) necesitaba atención.	☐	☐
Hubo problemas relacionados con el costo.	☐	☐
Hubo inquietudes o problemas relacionados con la exposición a otras personas con una enfermedad (por ejemplo, preocupación por estar cerca de otras personas en el consultorio del médico que pueden haber estado expuestas a COVID-19, influenza, etc.)	☐	☐
Otro, especifique: _____	☐	☐

E. Servicios educacionales y de desarrollo

1. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿ha recibido su hijo(a) alguno de los servicios enumerados en la siguiente tabla? *No incluya servicios/ayuda recibida de familiares o amigos.*

	Sí, recibió después de la escuela secundaria	No, no recibió después de la escuela secundaria	Si no, ¿necesitaba su hijo este servicio?
Ayuda financiera, como pagar clases universitarias o capacitación.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Asistencia educativa o tutoría.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Lector o intérprete, como un intérprete de lenguaje de señas.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Vida independiente o terapia ocupacional (como ayuda para hacer cosas como administrar el dinero, cocinar o realizar tareas domésticas).	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Servicios de guardería o capacitación en habilidades parentales.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Servicios de trabajo social.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Terapia física.	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Dispositivos o servicios de tecnología de asistencia (como una calculadora especial, una máquina lectora o un dispositivo de comunicación).	☐	☐	☐ Sí ☐ No
Otros servicios (Por favor especifique):	☐	☐	☐ Sí ☐ No

2. En general, ¿qué tan satisfecho ha estado con todos los servicios que ha recibido su hijo(a) desde que terminó la escuela secundaria?

- € Muy insatisfecho
- € Insatisfecho
- € Ni satisfecho ni insatisfecho
- € Satisfecho
- € Muy Satisfecho

F. Apoyo y formación profesional

Las siguientes preguntas son sobre los servicios o la capacitación que su hijo(a) podría haber recibido después de salir de la escuela secundaria para ayudarlo a encontrar y/o mantener un trabajo.

1. Después de que su hijo(a) salió de la escuela secundaria, ¿recibió su hijo(a) alguno de los siguientes servicios? (Marque todas las que correspondan)

	Servicio	Sí	No	No lo sé
a.	Pruebas para averiguar los intereses o habilidades laborales de su hijo(a).	☐	☐	☐
b.	Capacitación en habilidades laborales específicas, por ejemplo, servicios alimentarios, habilidades informáticas o capacitación para otro tipo de trabajo.	☐	☐	☐
c.	Capacitación en habilidades básicas necesarias para el trabajo, como contar el cambio, decir la hora o usar el transporte para llegar al trabajo.	☐	☐	☐
d.	Asesoramiento profesional, como ayuda para encontrar los trabajos que mejor se adapten a su hijo(a).	☐	☐	☐
e.	Ayuda para aprender a buscar puestos de trabajo disponibles en línea, escribir un currículum o prepararse para una entrevista de trabajo.	☐	☐	☐
f.	Observación de trabajos, como visitar un lugar de trabajo y observar la forma en que se realiza un trabajo.	☐	☐	☐
g.	Aprendizajes prácticos o pasantías.	☐	☐	☐
h.	¿Otros servicios o formación? Especifique_____	☐	☐	☐

2. ¿Cree que su hijo(a) está recibiendo suficiente capacitación laboral o profesional?

☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

3. ¿Qué tan útil cree que es la capacitación laboral o profesional para ayudar a su hijo(a) a conseguir un trabajo?

☐ Muy útil
☐ Algo útil
☐ No muy útil
☐ Nada útil
☐ No lo sé

4. ¿Cree que su hijo(a) necesita capacitación laboral o capacitación adicional que no se brinda ahora?

☐ Sí
☐ No (**Pasar a la pregunta 6**)
☐ No lo sé (**Pasar a la pregunta 6**)

5. ¿Qué otro tipo de capacitación laboral o ayuda cree que necesita su hijo(a)? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- € Pruebas para averiguar sus intereses o habilidades laborales
- € Capacitación en habilidades laborales específicas, por ejemplo, servicios alimentarios, habilidades informáticas o capacitación para otro tipo de trabajo
- € Capacitación en las habilidades básicas necesarias para el trabajo, como contar el cambio, decir la hora o usar el transporte para ir al trabajo
- € Asesoramiento profesional, como ayuda para encontrar los trabajos que mejor se adapten a su hijo(a).
- € Ayuda para encontrar o solicitar un trabajo, como aprender a buscar puestos de trabajo disponibles en línea, escribir un currículum o prepararse para una entrevista de trabajo.
- € Observación en situación de trabajo, visitar un lugar de trabajo y observar la forma en que se realiza el trabajo.
- € Aprendizajes prácticos o pasantías
- € Otro, especificar: _____
- € No lo sé

6. La tutela otorga a una persona designada el derecho legal de tomar ciertas decisiones en nombre de un hijo adulto. ¿Ha considerado la tutela de su hijo(a)?

- € Sí
- € No (**Pasar al final de la encuesta**)

7. Si la respuesta es sí y su hijo tiene 18 años o más, ¿ha obtenido tutela para su hijo?

- € Sí
- € No

8. En caso afirmativo, ¿qué tipo de decisiones toma el tutor por su hijo (marque todas las que correspondan)?

- € Atención médica
- € Alojamiento
- € Finanzas
- € Actividades diarias
- € Planes para el futuro
- € Otro, especificar: _____

Ha llegado al final de la encuesta.

¡Gracias por participar!