

Formulario Breve para el Índice de Fidelidad del Wraparound (WFI-EZ) FORMULARIO DEL CUIDADOR

Este formulario es para el **cuidador** de un joven en wraparound. Deseamos preguntarle sobre las experiencias que usted y su familia han tenido como parte del programa Wraparound, para que podamos mejorarlo. No está obligado a responder ninguna pregunta que no desee, y puede finalizar su participación en cualquier momento.

Muchas gracias por su tiempo.

Información del Joven

Formulario completo en ... __/__/____ (MM/DD/AAAA)

ID del joven/familia (La persona que le dio esta encuesta le dará este ID, o lo completará por usted):

Ubicación del sitio Wraparound:

¿Su chico es de ascendencia hispana?

Si No

¿Cuál es la raza del niño/a?

- Negro o Afroamericano
- Asiática/ de otras Islas del Pacífico
- Blanco
- Raza mixta
- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Otro (especificar) _____

¿Quién tiene la custodia legal del chico?

- Los dos padres biológicos O un padre biológico y un padrastro/madrastra
- Sólo madre biológica
- Sólo padre biológico
- Padre(s) adoptivo(s)
- Padre(s) de crianza
- Hermano/a (s)
- Tía y/o tío
- Abuelo/a(s)
- Amigo/a(s)
- Guarda del estado
- Otro (especificar): _____

ID del Facilitador Wrap (debe coincidir con su WONDERS WFID)

¿Cuándo es el cumpleaños del niño/a?

____/____/____ (MM/DD/AAAA)

¿Qué edad tiene el niño/a?

Género del niño/a:

Masculino Femenino

¿Cuántos meses lleva la familia participando en Wraparound?

¿Que relación tiene Ud. con el niño/a?

- Padre biológico
- Padre adoptivo
- Padre de crianza
- Compañero de vida de padre o madre
- Hermano/a
- Tío o tía
- Abuelo/a
- Primo/a
- Otro pariente de la familia
- Padrastro/madrastra
- Amigo/a(s)
- Guarda del estado
- Otro (especificar): _____

Sección A: Información Básica

Para las siguientes preguntas, responda "Si" o "No".

	Si	No
A1: Mi familia y yo somos parte del equipo (ej. "equipo wraparound", "equipo y familia del niño/a"), Y este equipo incluye a más gente que sólo mi familia y un profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2: Junto con mi equipo, mi familia creó un plan escrito ("plan de cuidado" o "plan wraparound") que describe qué hará cada uno y cómo debe hacerse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3: Mi equipo se reúne con regularidad (por ejemplo, al menos cada 30-45 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4: Las decisiones del equipo wraparound se basan en los datos dados por la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B19: Tengo confianza en que nuestro equipo wraparound podrá encontrar servicios o estrategias que mantengan a mi niño en la comunidad por largo plazo.

Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo No sé

B20: Gracias a wraparound, cuando sucede una crisis mi familia y yo sabemos qué hacer.

B21: Nuestro equipo wraparound ha dialogado sobre cómo nos daremos cuenta de cuándo es el momento de hacer la transición desde un wraparound formal.

B22: En cada reunión del equipo, mi familia y yo damos nuestras visiones sobre cómo está funcionando con nosotros el proceso wraparound.

B23: Me preocupa que el proceso wraparound termine antes de que se hayan resuelto nuestras necesidades.

B24: Participar en wraparound me ha dado la confianza de que podré manejar los problemas que surjan en el futuro.

B25: Con la ayuda de nuestro equipo wraparound, hemos logrado apoyo y servicios comunitarios que satisfacen nuestras necesidades

Cualquier comentario adicional acerca de las experiencias de su familia en wraparound, o sobre su experiencia en general con wraparound

Sección C: Satisfacción

Para las siguientes afirmaciones, piense por favor en su grado de satisfacción con respecto a wraparound. Indique cuánto está de acuerdo con cada afirmación.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
C1: Estoy satisfecho con el proceso wraparound del que mi familia y yo hemos participado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2: Estoy satisfecho con el progreso de mi niño/a/joven desde el comienzo del proceso wraparound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3: Desde el inicio de wraparound, nuestra familia ha logrado un progreso en pos de nuestras necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4: Desde el inicio de wraparound, me siento más confiado en mi capacidad para cuidar a mi niño/a/joven en mi hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún comentario adicional sobre su grado de satisfacción con wraparound?

Sección D: Resultados

Para las siguientes preguntas, responda "Sí" o "No".

	Sí	No	No sé
D1: Desde el comienzo de wraparound, mi niño/a o joven ha tenido una nueva derivación a una institución (como una detención, hospital psiquiátrico, centro de tratamiento, u hogar grupal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2: Desde el comienzo de wraparound, mi niño o joven ha sido tratado en una Sala de Emergencias debido a un problema de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3: Desde el comienzo de wraparound, mi niño o joven ha tenido un contacto negativo con la policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4: Desde el comienzo de wraparound, mi niño o joven ha sido suspendido o expulsado de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchísimo Mucho Un poco Para nada No sé

En el mes pasado mi hijo/a o adolescente ha tenido...

D5: Problemas que han causado estrés o tensión a mi o un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6: Problemas que interrumpen nuestra vida en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7: Problemas que interfieren con el éxito en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8: Problemas que hacen difícil para desarrollar o mantener amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9: Problemas que hacen difícil para participar en actividades de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún comentario adicional sobre su grado de satisfacción con wraparound, o sobre algo que hubiera ocurrido con su niño/joven desde el inicio de wraparound?

Nuevamente, muchas gracias por su tiempo.