

Nombre de su Consejera Materna:
Hospital / Organización:



Encuesta de Welcome Baby

Por favor comparta sus comentarios sobre su experiencia con *Welcome Baby* para ayudarnos a mejorar nuestros servicios y para satisfacer las necesidades de las madres. Lo que usted tiene que decir es importante, así que por favor, trate de contestar todas las preguntas. Sus respuestas serán confidenciales. ¡Gracias!

¿Con que frecuencia usted piensa o se siente de esta manera?

Nunca Raramente A Veces A Menudo Siempre

Mi Consejera Materna y yo estamos de acuerdo en las cosas que necesito hacer durante el programa de *Welcome Baby*.

Mi representante de *Welcome Baby* en el hospital me explico el programa *Welcome Baby* en una manera que yo pude entender.

Mi enfermera me ayudo a sentirme menos estresada.

Mi enfermera me ayudo con la lactancia materna y a cuidar de mí misma y de mi bebé.

Welcome Baby me da nuevas formas de ver la situación de mi familia.

Creo que le caigo bien a mi consejera materna.

Mi consejera materna entiende lo que estoy tratando de lograr con *Welcome Baby*.

Confió en la capacidad de mi consejera materna para que me ayude.

Mi consejera materna y yo estamos de acuerdo en cuáles son las metas importantes para mí.

Mi consejera materna y yo estamos trabajando hacia el logro de esas metas.

Siento que mi consejera materna me aprecia.

Mi consejera materna y yo tenemos confianza la una en la otra.

Mi consejera materna y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que quiero y necesito.

Nombre de su Consejera Materna:

Hospital / Organización:

Mi consejera materna y yo tenemos una buena comprensión de que cambios me beneficiaran.

La forma en que estamos trabajando hacia mis metas es correcta.

Mi cultura y creencias fueron respetadas.

Por favor, califique las siguientes preguntas.

	Fuertemente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	En Acuerdo	Fuertemente de Acuerdo
En general, estoy satisfecha con el programa <i>Welcome Baby</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lactancia materna es importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura de seguro médico es importante para mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo cobertura de seguro médico para mi hijo(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un hogar seguro para mi hijo (s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo cómo mantenerse saludable durante el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo cómo mantener a mí bebe saludable durante su primer año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy amamantando a mi bebe / o di pecho a mi bebe.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si contesto si, ¿Hasta cuándo? _____ Si contesto no, ¿Por qué no? _____			

Materiales del Programa

He recibido las siguientes cosas (Marque todos los que aplican):

- | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Libro de <i>Welcome Baby</i> | <input type="checkbox"/> Libro de Imagen y Mordedor de Fisher Price |
| <input type="checkbox"/> Paquete de Padre Nuevo | <input type="checkbox"/> Protectores de Enchufe |
| <input type="checkbox"/> Almohada Boppy | <input type="checkbox"/> Seguros para Gabinetes |
| <input type="checkbox"/> Paquete de Salud | |

¿De qué se trataron los materiales que *Welcome Baby* le ha dado? (Marque todas las que apliquen)

- | | | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi Salud | <input type="checkbox"/> Lactancia Materna | <input type="checkbox"/> La Salud de mi Bebe | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> El desarrollo de mi bebe |
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Cobertura de Seguro Medico | <input type="checkbox"/> Como Dormir Seguramente | <input type="checkbox"/> Aprendizaje de mi bebe | <input type="checkbox"/> Seguridad en el Hogar |

	Fuertemente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	En Acuerdo	Fuertemente de Acuerdo
Los materiales de <i>Welcome Baby</i> son fáciles de entender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo el propósito de los materiales de <i>Welcome Baby</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De los materiales de <i>Welcome Baby</i> :					
Puedo ayudar a mi bebe a aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confió en cómo ser un padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo mejor la información que se discutió con mi consejera materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo soy capaz de hacer los cambios recomendados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me uní a <i>Welcome Baby</i> para recibir los materiales del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me quede en <i>Welcome Baby</i> para recibir los materiales del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo podemos hacer que este programa sea mejor para usted y su familia?

¿Algunos Comentarios?

Por favor envíe su encuesta completada en el sobre sellado.