

Nombre de su Consejera Materna:

Hospital / Organización: -

Numero de Identificación del Cliente:

Por favor circula uno:

Visita de 3-4 Meses

Visita de 9 meses



## 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 <i>Welcome Baby</i> .             | <input type="checkbox"/> |
| Mi representante de <i>Welcome Baby</i> en el hospital me explico el programa <i>Welcome Baby</i> en una manera que yo pude entender. | <input type="checkbox"/> |
| Mi enfermera me ayudo a sentirme menos estresad   | <input type="checkbox"/> |
| Mi enfermera me ayudo con la lactancia materna y a cuidar de mí misma y de mi bebé.   | <input type="checkbox"/> |
| <i>Welcome Baby</i> me da nuevas formas de ver la situación de mi familia.  | <input type="checkbox"/> |
| Creo que le caigo bien a mi consejera materna.  | <input type="checkbox"/> |
| Mi consejera materna entiende lo que estoy tratando de lograr con <i>Welcome Baby</i> .   | <input type="checkbox"/> |
| Confió en la capacidad de mi consejera materna para que me ayude.   | <input type="checkbox"/> |
| Mi consejera materna y yo estamos de acuerdo en cuáles son las metas importantes para mí.   | <input type="checkbox"/> |
| Mi consejera materna y yo estamos trabajando hacia el logro de esas metas.  | <input type="checkbox"/> |
| Siento que mi consejera materna me aprecia.   | <input type="checkbox"/> |

Nombre de su Consejera Materna:

Hospital / Organización: -

Numero de Identificación del Cliente:

Por favor circula uno:

Visita de 3-4 Meses

Visita de 9 meses

|   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mi consejera materna y yo tenemos confianza la una en la otra.                          | <input type="checkbox"/> |
| Mi consejera materna y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que quiero y necesito.      | <input type="checkbox"/> |
| Mi consejera materna y yo tenemos una buena comprensión de que cambios me beneficiaran. | <input type="checkbox"/> |
| La forma en que estamos trabajando hacia mis metas es correcta                          | <input type="checkbox"/> |
| Mi cultura y creencias fueron respetadas.   | <input type="checkbox"/> |

**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. Estoy amamantando a mi bebe / o di pecho a mi bebe. | <input type="checkbox"/> Si | Si contesto si, ¿Hasta cuándo? _____ |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> No | Si contesto no, ¿Por qué no? _____   |                          |                          |                          |

**Materiales del Programa**

He recibido las siguientes cosas (Marque todos los que aplica)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Libro de <i>Welcome Baby</i>   | <input type="checkbox"/> Almohada Boppy                             | <input type="checkbox"/> Seguros para Gabinetes  |
| <input type="checkbox"/> Folleto de <i>Welcome Baby</i> | <input type="checkbox"/> Paquete de Salud                           | <input type="checkbox"/> Bloques de Juguete      |
| <input type="checkbox"/> Folletos sobre temas de salud  | <input type="checkbox"/> Libro de Imagen y Mordedor de Fisher Price | <input type="checkbox"/> Esta Vida Emocional DVD |
| <input type="checkbox"/> Paquete de Padre Nuevo         | <input type="checkbox"/> Protectores de Enchufe                     |  |

¿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<br>Desacuerdo | En<br>Desacuerdo         | Neutral                  | En<br>Acuerdo            | Fuertemente<br>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> :                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 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 my consejera            | <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.**