**Encuesta de Aprendices del Año Fiscal 2025: Aprendices de UCEDD**

\* Respuesta Requerida

**Contacto/Información de Fondo**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Primer Nombre** |  |
| **Medio Nombre** |  |
| **\*Apellido** |  |
| **Anterior/Apellido de Soltera**:(si es aplicable) |   |
| **Dirección Actual** (donde le gustaría que nos comuniquemos con usted) |
| **\* Dirección 1**: |  |
| **Dirección 2:** |  |
| **\*Cuidad** |  |
| **\*Estado** |  |
| **\*Código Postal** |  |
| **Teléfono**: (999-999-9999)  |  |  |  |
| **Correo electrónico Principal**:  |  |  |  |
| **Correo electrónico Secundario**: |  |  |  |

**¿Cuál es el nombre de su lugar de trabajo actual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál es el nombre de su puesto de trabajo/título actual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Contacto Permanente** (alguien en una dirección diferente que sabrá cómo comunicarse con usted en el futuro, es decir, sus padres)

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nombre de Contacto**: |  |
|  **Relación**: |  |
| **\* Dirección 1**: |  |
| **Dirección 2:** |  |
| **\*Cuidad** |  |
| **\*Condado** |  |
| **\*Código Postal** |  |
| **\*País** |  |
| **\*Teléfono**: (999-999-9999) |  |

**\*¿Es usted un estudiante universitario de primera generación?** (seleccione una opción**)**

* Sí
* No
* Elige no revelar/no grabado

**\*Disciplina principal durante la participación en el Programa de Capacitación** (seleccione una)

* Análisis Conductual Aplicado (ABA)
* Audiología
* Ciencias Biológicas
* Trabajador Comunitario de Salud
* Miembro de la Comunidad/ Persona con Experiencia Vivida
* Odontología-Otro
* Odontología-Pediatría
* Dietética
* Estudios Sobre Discapacidad
* Doula
* Educación-Administración
* Educación-Intervención Temprana/Infancia Temprana
* Educación-Educación General
* Educación- Educación Especial
* Epidemiología
* Familias/ Padres/ Defensa de la Juventud
* Estudios Familiar
* Miembro de Familia/ Miembro de la Comunidad
* Genética/Asesoramiento Genético
* Gerontología
* Administración de Salud
* Desarrollo Humano/ Desarrollo Infantil
* Interdisciplinario
* Ley
* Ciencias y Artes Liberales y, Humanidades y Estudios Generales
* Medicina-General
* Medicina-Adolescente
* Medicina-Proveedores Adultos
* Medicina-Pediatría del Desarrollo y del Comportamiento
* Medicina-Discapacidades del Neurodesarrollo
* Medicina-Otro
* Medicina-Neumología Pediátrica
* Medicina-Pediatría
* Medicina-Dormir
* Salud-Mental y Conductual
* Enfermería-Familia/ Enfermera Practicante Pediátrica
* Enfermería-General
* Enfermería-Partera
* Enfermería-Otro
* Nutrición
* Terapia Ocupacional
* Pastoral
* Persona con Discapacidad o Necesidad Médica
* Terapia Física
* Farmacia
* Psiquiatría
* Psicología
* Administración Pública
* Salud Pública
* Rehabilitación
* Terapia Respiratoria
* Trabajo Social
* Patología del Habla y el Lenguaje
* Otro- Por favor Especifica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Raza:*** *(seleccione una)*

* **Indio americano o nativo de Alaska** se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantienen una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
	+ Tribu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Asiático** se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio (por ejemplo, indio asiático).
* **Negro o Afroamericano** se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
* **Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico** se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
* **Blanco** se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o el Norte de África.
* **Más de una raza** incluye a individuos que se identifican con dos o más designaciones raciales.
* **No registrado** se incluye para personas que no pueden identificarse con las categorías.

***\**** ***Etnia:*** *(seleccione uno)*

***Hispano*** *es una categoría étnica para las personas cuyos orígenes se encuentran en los países hispanohablantes de América Latina o que se identifican con una cultura hispanohablante. Las personas hispanas pueden ser de cualquier raza.*.

* **Hispano**
* **No Hispano**
* **No registrado** se incluye para personas que no pueden identificarse con las categorías.

**Encuesta**

**Responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible. Cuando haya completado toda la encuesta, devuélvala a su centro o programa.**

**1. ¿Es usted (marque todas las opciones que correspondan)?**

* Persona con una discapacidad
* Persona con una necesidad especial de atención médica
* Padre de una persona con una discapacidad
* Padre de una persona con una necesidad especial de atención médica
* Miembro de la familia de una persona con una discapacidad
* Miembro de la familia de una persona con una necesidad especial de atención médica
* Ninguno
* No registrado

**\*2. ¿Su trabajo actual se relaciona con poblaciones de salud materna e infantil (es decir, mujeres, bebés y niños, adolescentes y sus familias, incluidos padres e hijos o adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica)? (seleccione todas las opciones que correspondan)**

* Mujeres o personas que han dado a luz
* Bebés
* Niños
* Adolescentes
* Padres u otros cuidadores
* Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica, incluidos niños con trastorno del espectro autista y otras discapacidades del Desarrollo.

**3. ¿Su trabajo actual está relacionado con personas con discapacidad??**

* **Sí**
* **No**

**\*4. ¿Su trabajo actual apoya o atiende a poblaciones que históricamente han sido marginadas o desatendidas? (seleccione todas las opciones que correspondan)**

* Poblaciones raciales o étnicamente diversas
* Poblaciones indígenas
* Poblaciones LGBTQ+
* Poblaciones rurales
* Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica
* Personas con discapacidades
* Personas que viven en la pobreza
* Personas sin hogar
* Veteranos militares
* Ninguno o desconocido

**\*5. ¿Cuál es el entorno laboral actual del aprendiz? (seleccione una opción)**

* Estudiante
* Escuela primaria o secundaria o sistema escolar
* Institución de nivel de pregrado o posgrado
* Departamento de salud estatal, incluido el Título V
* Otra agencia gubernamental (por ejemplo, estado federal o local)
* Entorno de cuidado médica clínica (incluye hospitales, centros de salud y clínicas)
* Organización comunitaria o sin fines de lucro
* Otra organización del sector privado
* Actualmente no trabaja o está jubilado
* Other: Por favor especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*6. Código postal del entorno laboral seleccionado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. ¿Cuál es el número de personas con discapacidades del desarrollo que reciben servicios directos a través de actividades en las que usted participa?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Actividades de Liderazgo**

**\*8. ¿Ha realizado el aprendiz alguna de las siguientes actividades desde que completó su programa de capacitación? (seleccione todas las que correspondan)**

* ** Académico**, como difundir información sobre temas de salud maternoinfantil, por ejemplo, publicaciones revisadas por pares, presentaciones clave, manuales de capacitación, informes de problemas, documentos de mejores prácticas, estándares de atención; realizó investigaciones o mejoró la calidad en temas de salud maternoinfantil; brindó consultoría o asistencia técnica en áreas de salud maternoinfantil; enseñó/orientó en la disciplina de salud maternoinfantil u otro campo relacionado con la salud maternoinfantil; actuó como revisor, por ejemplo, para una revista, resúmenes de conferencias, subvenciones, proceso de garantía de calidad; obtuvo subvenciones y otros fondos en áreas de salud maternoinfantil; y/o realizó una evaluación estratégica o de programas.
* ** Clínico**, como haber participado de líder de grupo, iniciador, colaborador clave o en una posición de influencia/autoridad en cualquiera de los siguientes: comités de organizaciones estatales, nacionales o locales; grupos de trabajo; juntas comunitarias; defensa; sociedades de investigación; sociedades profesionales; etc.; haber ocupado una posición de liderazgo en un entorno clínico, por ejemplo, director, terapeuta principal, líder de equipo; haber enseñado/sido mentor en la disciplina de MCH u otro campo relacionado con MCH; haber realizado investigaciones o mejoras de calidad en cuestiones de MCH; haber difundido información sobre cuestiones de MCH, por ejemplo, publicaciones revisadas por pares, presentaciones clave, manuales de capacitación, informes de problemas, documentos de mejores prácticas, estándares de atención; haber buscado como revisor, por ejemplo, para una revista, resúmenes de conferencias, subvenciones, procesos de garantía de calidad.
* **Salud pública**, como brindar consultoría, asistencia técnica o capacitación en áreas de salud maternoinfantil (MCH); obtener subvenciones u otros fondos en áreas de salud maternoinfantil; realizar planificación estratégica o evaluación de programas; realizar investigaciones o mejoras de calidad en temas de salud maternoinfantil; y/o actuar como revisor, por ejemplo, para una revista, resúmenes de conferencias, subvenciones, procesos de garantía de calidad.
* **Políticas Públicas y Defensa de Derechos**, como participar en actividades de desarrollo de políticas públicas a nivel local, estatal o nacional, por ejemplo, participar en iniciativas de participación comunitaria o de creación de coaliciones, políticas o directrices escritas, influir en la legislación relacionada con la salud maternoinfantil, proporcionar educación a los legisladores; participar en cualquiera de los siguientes como líder de grupo, iniciador o colaborador clave: comités de organizaciones estatales, nacionales o locales; grupos de trabajo; juntas comunitarias; sociedades de investigación; sociedades profesionales; etc.; presentar o difundir información sobre cuestiones de política pública de salud maternoinfantil a un órgano legislativo, tomadores de decisiones clave, fundaciones o el público en general, por ejemplo, publicaciones revisadas por pares, presentaciones clave, manuales de capacitación, informes de problemas, mejores prácticas documentadas, estándares de atención, comentarios y capítulos.
* **Ninguno o desconocido**

**\* 9.¿Ha participado o dirigido alguna de las siguientes actividades interdisciplinarias/interprofesionales desde que completó su programa de capacitación? (marque todas las que correspondan):**

* Buscó aportes o información de otras profesiones, disciplinas, personas con experiencia vivida o autodefensores para abordar una necesidad en su trabajo..
* Aportó información o aportes a otras profesiones o disciplinas.
* Desarrolló una visión, roles y responsabilidades compartidas dentro de un grupo interdisciplinario.
* Utilizó una visión, funciones o responsabilidades compartidas para desarrollar un plan coordinado y priorizado entre disciplinas para abordar una necesidad en su trabajo.
* Procedimientos establecidos de toma de decisiones en un grupo interdisciplinario.
* Colaboró con diversas disciplinas en agencias/entidades.
* Políticas y programas avanzados que promuevan la colaboración con otras disciplinas o profesiones.
* Participó en la práctica clínica trabajando en colaboración entre disciplinas y con el paciente.
* Ninguno o Desconocido

**\*10. ¿Ha aplicado los conocimientos y habilidades adquiridos en el programa de capacitación una o más veces?**

**** Sí

 No

**11. Describa los logros profesionales que atribuiría al programa de capacitación o cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos sobre su carrera.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evaluación del Programa de Capacitación**

**12. Recomendaría el programa de capacitación a otras personas.**

\_\_ 3 \_\_ 2 \_\_ 1 \_\_ 0 \_\_

(Totalmente de acuerdo) (Mayoría de acuerdo) (De acuerdo parcialmente) (Desacuerdo) Sin respuesta

**Declaración de Confidencialidad**

Gracias por aceptar proporcionar información que permitirá a su programa de capacitación hacer un seguimiento de su experiencia de capacitación y comunicarse con usted una vez que haya completado su programa de capacitación financiado por el gobierno federal. Su aporte es fundamental para nuestros propios esfuerzos de mejora y nuestro cumplimiento de los requisitos de presentación de informes federales.

Tenga en cuenta que su participación en el suministro de información es completamente voluntaria. La información que proporcione se utilizará únicamente para supervisar y mejorar el programa de formación. Tenga la seguridad de que nos tomamos muy en serio la confidencialidad de su información personal. Ninguna de la información que proporcione se utilizará para identificarlo individualmente ante ninguna agencia externa, como la Oficina de Salud Maternoinfantil (MCHB) o la Administración de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (OIDD). Toda la información proporcionada a cualquier otra agencia federal o al público se proporcionará de forma agregada, de manera que no sea posible identificar a ningún alumno en particular.

Si tiene alguna pregunta, inquietud o necesita la encuesta en un formato alternativo, comuníquese con el Director del Centro donde recibió su capacitación o envíe un correo electrónico a nirs@aucd.org o al 301-588-8252.

Agradecemos enormemente su tiempo y su ayuda para documentar los resultados del Programa de Capacitación. Esperamos poder conocer más sobre su desarrollo académico y profesional.