

Indicadores de Resultados Para Programas
Estos Indicadores Serán Registrados en Persimmony

Indicadores de Resultados Para Programas

- A. Resultados de Referencias
- B. Proceso Hacia la Acreditación
- C. Lectura para Niños
- D. Visitas al Médico Rutinarias para Niños (*Well Child Visit* en inglés)
- E. Los Niños Tienen un Médico Principal
- F. Lactancia Maternal Exclusiva
- G. Estatus de los Niños que Entran al Sistema de Protección Infantil y a Hogares de Crianza Temporales (*Foster Child Continuity Status* en inglés)
- H. Graduación de la Escuela Preparatoria (*high school* en inglés)
- I. Fluidez en el Idioma Inglés

A. Resultado de Referencias (será completado en la sección de evaluaciones de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre para cada padre/madre/niño que reciba servicios de su programa)¹

- A1. ¿Ha referido al padre, la madre o a el/la niño(a) a otro programa en su agencia o a otra agencia para recibir servicios adicionales **durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony?** (seleccione solo una respuesta)
- Si, la referencia esta en proceso desde la última vez que esta información fue registrada
 - Si, la referencia fue proporcionada durante este periodo
 - No
 - No sé
- A2. Si respondió SI a la pregunta A1, ¿qué tipo de referencia fue proporcionada?
- Una referencia enfocada en el desarrollo del niño(a)
 - Otro tipo de referencia
 - No sé
 - No aplica
- A3. Si respondió SI a la pregunta A1, ¿el padre, la madre o el/la niño(a) **hizo contacto** con el programa o con la agencia para recibir servicios adicionales **durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony?** (Verificable por usted, alguien más en el programa o por el padre/madre de familia) (seleccione solo una respuesta)
- Hizo contacto
 - No hizo contacto
 - Está pendiente (en proceso)
 - No sé
 - No aplica

A4. Si el padre, la madre o el/la niño(a) **“hizo contacto”** en la pregunta A3, ¿recibió servicios el padre, la madre o el/la niño(a) del programa o la agencia donde se le refirió? (seleccione solo una respuesta)

- Recibió servicios
- No recibió servicios
- Está pendiente
- No sé
- No aplica

B. Proceso Hacia la Acreditación (será completado en la sección de evaluaciones de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada proveedor que recibió servicios de su programa)

B1. ¿Ha iniciado el proveedor el proceso hacia la acreditación **durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony?** (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

B2. Por favor indique el estado actual de la aplicación para la acreditación del proveedor. (Seleccione solo una respuesta).

- En el proceso de inscribirme en un programa de acreditación
- Inscrito(a) en un programa de acreditación
(Si selecciono esta respuesta por favor indique la asociación: _____)
- Reunión con un mentor de una asociación/organización de acreditación
- Llevando acabo el Auto-Estudio (*Self Study*) o utilizando los instrumentos de Auto-Evaluación (en proceso)
- Completo el Auto-Estudio (*Self Study* en inglés)
- Envío los materiales y la cuota para la candidatura y/o solicito una visita en el lugar de trabajo
- Completo la visita al lugar de trabajo
- Esperando la decisión/ recomendación de acreditación
- Recibió decisión/recomendación para la acreditación
- Haciendo mejoramientos basados en la decisión/recomendación
- Envío materiales para solicitar una nueva visita al lugar de trabajo
- Completo la nueva visita en el lugar de trabajo
- Recibió la acreditación completa
- Envío el Informe Anual de Cumplimiento De Normas (*Annual Accreditation Standards Compliance Report* en inglés)
- No sé

C. Lectura Para Niños (será completado en la sección de evaluación de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada niño/a que recibe servicios de su programa)²

C1. ¿Con qué frecuencia en una semana típica lee un padre de familia u otro familiar cuentos o libros de imágenes con el niño(a)? (seleccione solo una respuesta)

- Todos los días
- 3-6 Veces a la Semana
- 1-2 Veces a la Semana
- Nunca
- No sé

D. Visitas al Medico Rutinarias Para Niños (será completado en la sección de evaluación de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada niño/a que recibe servicios de su programa)³

D1. Aproximadamente ¿cuántas veces ha ido el niño(a) por su examen de rutina durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony? [Estos exámenes son visitas al doctor cuando (él/ella) no está enfermo(a), sino para recibir su chequeo, o para las vacunas y esto incluye las visitas al médico rutinarias.] (seleccione una respuesta)

- Nunca
- Una o dos veces
- 3-4 veces
- 5 veces o más
- No sé

E. Los Niños Tienen un Medico de Atención Primaria (será completado en la sección de evaluación de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada niño/a que recibe servicios de su programa)⁴

E1. ¿Tiene el/la niño(a) un medico principal de atención primaria? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

E2. Durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony, ¿asistió el/la niña(o) a la sala de emergencia? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

E3. Si respondió SI a la pregunta E2, ¿fue la visita a la sala de emergencia una visita rutinaria de chequeo? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No aplica
- No sé

F. Lactancia Maternal Exclusiva (será completado en la sección de evaluación en Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada niño que recibe servicios que tiene menos de 2 años.)⁵

LAS PREGUNTAS SOLO DEBEN SER COMPLETADAS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

F1. ¿Fue el niño(a) **alguna vez** amamantado o se le dio leche de pecho? [*Esto incluye situaciones donde la leche de pecho fue extraída del pecho y se la dio al niño(a) en un biberón*]
(seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

F2. Por favor indique la rutina de alimentación del niño(a) **mientras el/la ni niño(a) todavía estaba en el hospital.** (seleccione solo una respuesta)

- Solamente toma leche de pecho
- Combinación de leche de pecho y de fórmula
- Solo fórmula
- Leche de pecho o fórmula más otros líquidos
- No sé
- No aplica, esta respuesta fue completada previamente

F3. Por favor indique la actual rutina de alimentación del niño(a). (Seleccione solo una respuesta)

- Solamente toma leche de pecho
- Combinación de leche de pecho y de fórmula
- Solo fórmula
- Leche de pecho o fórmula y otros líquidos, un poco de alimentos sólidos
- Solamente alimentos sólidos y otros líquidos
- No sé

F4. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando paro completamente de amamantar o de tomar leche de pecho?

(seleccione solo una respuesta)

- 0 a 3 meses (desde que salió del hospital)
- 4 a 6 meses
- 7 a 9 meses
- 10 a 12 meses
- 13 a 18 meses
- 19 a 24 meses
- 25 meses o más

- Todavía esta amamantando o tomando leche de pecho
- Nunca amamanto o se le dio leche de pecho
- No sé
- No aplica, esta respuesta fue completada previamente

F5. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se le alimento **por primera vez** formula?
(seleccione solo una respuesta)

- 0 a 3 meses (desde que salio del hospital)
- 4 a 6 meses
- 7 a 9 meses
- 10 a 12 meses
- 13 a 18 meses
- 19 a 24 meses
- 25 meses o más
- Todavía esta amamantando o tomando leche de pecho
- Nunca amamanto o se le dio leche de pecho
- No sé
- No aplica, esta respuesta fue completada previamente

F6. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se le alimento por primera vez cualquier otro alimento aparte de la leche de pecho o formula (por ejemplo jugo, leche de vaca, agua con azúcar, comida para bebes, o agua)? (seleccione solo una respuesta)

- 0 a 3 meses (desde que salio del hospital)
- 4 a 6 meses
- 7 a 9 meses
- 10 a 12 meses
- 13 a 18 meses
- 19 a 24 meses
- 25 meses o más
- Todavía esta amamantando o tomando leche de pecho
- Todavía esta amamantando o tomando formula
- No sé
- No aplica, esta respuesta fue completada previamente

G. Status de Niños que Entran en El Sistema de Protección Infantil y a Hogares de Crianza Temporales (será completado en la sección de evaluación de Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada grupo de niños que están en hogares de crianza temporales (*foster children* en inglés))⁶

G1. ¿Ha sido el niño(a) detenido(a) o ha sido procesado en el tribunal o corte para menores y está bajo la jurisdicción de la corte? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

G2. ¿Esta el niño en un hogar de crianza temporal? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No

No sé

G3. Si respondió si a la pregunta G1 o G2, ¿cuál es el estado actual del niño(a) en relación con su asignación a un hogar de crianza temporal? (seleccione solo una respuesta)

- En casa por lo menos con un padre de familia
- En un albergue del condado/Hogar de crianza temporal
- En un hogar especificado por la corte
- En un hogar de crianza certificado
- En un hogar de crianza familiar
- En el hogar de un guardián legal
- En el hogar de un familiar o en el hogar de un persona que no es un familiar que ha establecido una relación de familia y de mentor con el niño(a). (*NREF* en inglés)
- En un hogar de crianza temporal que ha sido certificado por el estado y que provee cuidado a un grupo pequeño de niños.
- En un hogar de una tribu Indígena Americano que ha sido federalmente reconocida como una tribu en el estado. (*Tribe-Specified Home* en inglés)
- Otro (describa: _____)
- No sé
- No aplica

H. Graduación de Escuela Preparatoria (será completado en la sección de evaluación en Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada padre, madre que reciba servicios de su programa)⁷

H1. ¿Tiene el padre o la madre su diploma de preparatoria (*high school diploma* en inglés) y/o un diploma de equivalencia? (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

H2. ¿Obtuvo el padre o la madre su diploma de preparatoria (*high school diploma* en inglés) y/o diploma de equivalencia (GED) **durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony?** (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No, obtuvo su diploma de preparatoria anteriormente
- No, en el proceso de obtener su diploma de preparatoria
- No sé
- No aplica

H3. ¿Ha obtenido el padre o la madre algún diploma adicional, título o certificación **durante los últimos seis meses o desde la última vez que esta información fue registrada en Persimmony?** (seleccione solo una respuesta)

- Si
- No
- No sé

H4. ¿Esta el padre o la madre **actualmente** asistiendo a la preparatoria (*high school*), ya sea por tiempo completo o medio tiempo? (seleccione solo una respuesta)

- Sí
- No
- No sé

I. Fluidez en el Idioma Inglés (será completado en la sección de evaluación en Persimmony al final de cada segundo y cuarto trimestre por cada padre, madre que reciba servicios de su programa)⁸

I1. Comparado a otros idiomas que se hablan en casa, ¿qué tan bien habla el padre o la madre el idioma inglés? (seleccione solo una respuesta)

- Muy bien
- Algo bien
- No muy bien
- Para nada bien
- No sé

I2. Comparado con otros idiomas que se leen en casa, ¿qué tan bien lee inglés el padre o la madre? (seleccione solo una respuesta)

- Muy bien
- Algo bien
- No muy bien
- Para nada bien
- No sé

Sources for Items

¹ New for this evaluation.

² Source: California Health Interview Survey 2007 Child Questionnaire.

³ Source: Evaluation of First 5 Sacramento 2009, modified from National Health Interview Survey 2005

⁴ Source: California Health Interview Survey 2007 Child Questionnaire.

⁵ Source: Evaluation of First 5 Sacramento 2009, modified from World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1991.

⁶ Adapted from U. S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, Child and Family Services Reviews, Onsite Review Instrument and Instructions, July 2008

⁷ Adapted from California Health Interview Survey 2007 Child Questionnaire and Family and Child Experiences Survey, Fall 2003, U. S. Department of Health and Human Services, Office of Policy, Research and Evaluation.

⁸ Source: Evaluation of First 5 Sacramento 2009, modified from National Health Interview Survey 2005