

Esta encuesta es para padres de estudiantes actualmente (o recientemente) en un programa de educación individualizada (Individualized Education Program – IEP). Su respuestas ayudaran a guiar los esfuerzos para mejorar servicios y resultados para los estudiantes. Su respuesta es voluntaria.

## CÓMO COMPLETAR LA ENCUESTA

Para completar la encuesta, realice **una** de las siguientes acciones:

1. Complete la encuesta en papel a continuación y entréguesela a un miembro del equipo del IEP en un sobre sellado o envíela por correo a la siguiente dirección:

The Center for Technical Assistance for Excellence in Special Education  
Utah State University  
6896 Old Main Hill  
Logan, UT 84322

2. Vaya a este enlace: <https://survey.alchemer.com/s3/5140252/OKi8>

3. Escanee el código QR:



## COMIENCE LA ENCUESTA EN PAPEL:

\*1. ¿Cuál es el nombre del condado del distrito escolar de su hijo? \_\_\_\_\_

\*2. ¿Cuál es el nombre del distrito escolar de su hijo? \_\_\_\_\_

*\* Esta es información critica. Sin él, no podemos usar la información de la encuesta para monitoreo y mejora.*

	Raramente o nunca	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
3. Se me considera un socio en igualdad con los profesores y otros profesionales en la planificación de la educación de mi hijo(a).	1	2	3	4
4. Los profesores me animan a participar en la toma de decisiones sobre los servicios de mi hijo(a).	1	2	3	4
5. La escuela se comunica regularmente conmigo respeto al progreso de mi hijo(a) en sus metas del IEP.	1	2	3	4
6. Los administradores de la escuela buscan el aporte de los padres.	1	2	3	4

***Pasa la página - más preguntas al dorso.***

	Ninguna o pocas	Algunas	La mayoría	Todas
7. Rellene el espacio en blanco: _____ de mis inquietudes y recomendaciones fueron dirigidas en la reunión de IEP de este año.	1	2	3	4

	Si	No	No estoy seguro	N/A
8. Se me ofreció asistencia especial y apoyo para que pudiera participar en la reunión del IEP (p.ej. interprete, cita con mutuo acuerdo, etc.).	2	1	0	4
9. Se me ha dado información sobre a quien llamar si no estoy satisfecho(a) con los servicios que recibe mi hijo(a).	2	1	0	
10. La escuela ofrece a los padres varias formas de comunicarse con los profesores y administradores.	2	1	0	

11. ¿Cuál es el género de su hijo?

1 Niño      2 Niña

12. ¿Cuál es la raza / etnia de su hijo? *(Encierra en un círculo todo lo que corresponda)*

1 Indio Americano o Nativo de Alaska      2 Asiático      3 Negro o Africano Americano  
4 Hispano o Latino      5 Nativo de Hawái o Islas del Pacifico      6 Blanco o Caucásico

13. ¿Cuál es la discapacidad PRIMARIA de su hijo? *(Circule solo uno)*

1 Autismo      6 Discapacidad Intelectual      11 Trastorno del Habla o Lenguaje  
2 Sordo ceguera      7 Discapacidades Múltiples      12 Lesión Cerebral Traumática  
3 Retraso del Desarrollo      8 Impedimento Ortopédico      13 Impedimento Visual,  
4 Trastorno Emocional      9 Otro Impedimento de Salud      Incluyendo Ceguera  
5 Impedimento Auditivo,      10 Discapacidad Especifica de      14 No se  
Incluyendo Sordera      Aprendizaje

14. ¿Que edad tiene su hijo(a)? *(Circule solo uno)*

3-5 años      6-10 años      11-13 años      14-18 años      19 años o mas

**¡Gracias por su tiempo! Su contribución es agradecida.**