

¡Nos importan tus opiniones! Por favor tómate unos minutos para compartir tus pensamientos honestos con nosotros. Sus comentarios se utilizarán para ayudarnos a mejorar nuestros servicios y productos. Esta encuesta es opcional y no afectará los pañales que recibe. Mantendremos sus respuestas privadas y anónimas. ¿Preguntas? Contáctenos a (202)656-8503 o data@dcdiaperbank.org. ¡Gracias por su tiempo!

(1) ¿Cuántos niños en su hogar usan pañales? (por favor circule uno) 1 2 3 4 Otro _____

(2) ¿Cuánto tiempo llevas recibiendo pañales de Community of Hope Healthcare? (por favor marque uno)

- Esta es mi primera vez Menos de 1 año 1 – 2 años Mas de 2 años

(3) ¿Con qué frecuencia recibe pañales de Community of Hope Healthcare? (por favor marque uno)

- Más de una vez al mes Una vez al mes Cada pocos meses Una vez al año

(4) Pensando en el año pasado, ¿con qué frecuencia sucedió lo siguiente?

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

a. Su hijo / hijos tuvieron que faltar a la guardería o la escuela porque no tenía suficientes pañales.

b. Usted u otro adulto en su hogar perdió el trabajo o la escuela porque no tenía suficientes pañales para su hijo.

c. Estabas preocupada por cómo pagarías por los pañales.

d. Siente que no tiene suficientes pañales para cambiar el pañal de su hijo con la frecuencia que desee.

(5) ¿Con qué frecuencia enfrentas barreras cuando tratas de comprar pañales?

Siempre A menudo A veces Raramente Nunca

a. Costo de pañales

b. Distancia a la tienda más cercana para comprar pañales

c. Falta de transporte

d. Tiempo para hacer compras

e. Falta de ayuda para comprar

f. Problemas de salud

g. Problemas de seguridad

h. Otra cosa:

(6) ¿Ha tenido que elegir entre comprar pañales y gastar dinero en ...? (por favor marque todos los que apliquen)

- Comida Utilidades Pagos de automóviles Medicina o cuidado de la salud
 Alquiler / Vivienda Ropa Transporte (gas, tarifa de autobús / metro, etc.) Necesidades básicas no alimentarias (papel higiénico, jabón, pasta de dientes, etc.)
 Otra cosa: _____

Para las siguientes preguntas, indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo:

(7) Recibir estos pañales / pañales de practica (Pull-Ups) para mi(s) hijo(s) me permite:

Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo En desacuerdo totalmente

a. Llevar a mi hijo a la guardería

b. Pagar mis cuentas

c. Ir al trabajo

d. Ahorrar dinero

e. Ir a la escuela o entrenamiento laboral

f. Buscar empleo

(8) Recibir estos pañales / pañales de practica (Pull-Ups) para mi(s) hijo(s) me ayudó:

Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo En desacuerdo totalmente

a. Sentirme como un mejor padre / cuidador

b. Reducir mi estrés

c. Sentirme menos frustrada(o)

d. Sentir que la comunidad se preocupa por mi familia

e. Cambiar el pañal de mi hijo tantas veces como quiera

Por favor, pasa la página →

(9) Recibir estos pañales / pañales de practica (Pull-Ups) ha ayudado a mi hijo:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	En desacuerdo totalmente
a. Tiene menos dermatitis del pañal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lloro menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ser mas feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Duerme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(10) Desde que comenzó a recibir pañales / otros productos, ¿qué tan probable es que...?

	Menos probable	Acerca de lo mismo	Algo más probable	Definitivamente más probable
a. Inicie una conversación sobre otras necesidades que tenga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mantenga citas programadas con CoH Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Solicite asistencia con otras necesidades que pueda tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comuníquese con CoH Health entre visitas / citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Participe en otros programas proporcionados por CoH Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Busque otros servicios proporcionados por CoH Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(11) ¿Qué otros servicios recibe de Community of Hope Healthcare? (por favor marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno, solo pañales | <input type="checkbox"/> Visita médica para bebés sanos | <input type="checkbox"/> Reunión con trabajadora social / administradora de casos |
| <input type="checkbox"/> Ayuda legal | <input type="checkbox"/> Clases para padres | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre vivienda / Ayuda para encontrar un refugio |
| <input type="checkbox"/> Visita al hogar | <input type="checkbox"/> GED / Clases de idiomas | <input type="checkbox"/> Visita médica postnatal |
| <input type="checkbox"/> Comida | <input type="checkbox"/> Centering Pregnancy Group | <input type="checkbox"/> Centering Parenting Group |
| <input type="checkbox"/> Otra cosa: _____ | | <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil |

(12) Además de usted y su (s) hijo (s) en pañales, ¿qué otros grupos de edad viven en su hogar?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niños (menores de 13 años) | <input type="checkbox"/> Adolescentes (edades 13-18) | <input type="checkbox"/> Adultos (edades 19-64) | <input type="checkbox"/> Adultos mayores (mayores de 65 años) |
|---|--|---|---|

(13) ¿Qué otros artículos necesita su hogar y que a veces no puede pagar? (por favor marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pads / Tampones | <input type="checkbox"/> Fórmula | <input type="checkbox"/> toallitas para bebé |
| <input type="checkbox"/> Comida para bebés | <input type="checkbox"/> Pañales para adultos | <input type="checkbox"/> Higiene de adultos (jabón, desodorante, pasta de dientes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Botellas | <input type="checkbox"/> Suministros de enfermería | <input type="checkbox"/> Higiene del bebé (lavado, loción, crema para la erupción, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Pañales de practica | <input type="checkbox"/> Cochecito | <input type="checkbox"/> Pack n Play / Cuna |
| <input type="checkbox"/> Libros | <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Juguetes y actividades para niños |
| <input type="checkbox"/> Asiento de carro | <input type="checkbox"/> Otra cosa: _____ | |

(14) ¿Cuántos años tienes? (marque uno)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Menores de 18 años | <input type="checkbox"/> 18-24 años | <input type="checkbox"/> 25-34 años | <input type="checkbox"/> 35-44 años |
| <input type="checkbox"/> 45-54 años | <input type="checkbox"/> 55-64 años | <input type="checkbox"/> 65-74 años | <input type="checkbox"/> 75 años o más |

(15) ¿Cuál es su relación con el niño / niños por los que recibe pañales hoy? (marque uno)

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Guardián legal | <input type="checkbox"/> Madre/Padre adoptiva | <input type="checkbox"/> Otra persona: _____ | |

(16) ¿Cuál es el código postal donde vives? _____**(17) ¿Cómo te identificas? (por favor marque todos los que apliquen)**

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negra(o) o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanca(o) |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Latino | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

(18) Complete la siguiente oración: Los pañales significan _____ para mí.**(19) ¿Otros comentarios o preguntas para nosotros? _____**

¡Gracias!