

¡Nos importan tus opiniones! Por favor tómese unos minutos para compartir sus 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 True Vine Center? (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 True Vine Center? (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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usted u otro adulto en su hogar perdió el trabajo o la escuela porque no tenía suficientes pañales para su hijo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Estabas preocupada por cómo pagarías por los pañales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Siente que no tiene suficientes pañales para cambiar el pañal de su hijo con la frecuencia que desee. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | Siempre | A menudo | A veces | Raramente | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Costo de pañales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Distancia a la tienda más cercana para comprar pañales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Falta de transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tiempo para hacer compras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Falta de ayuda para comprar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas de salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Problemas de seguridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra cosa: | | | | | |

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

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comida | <input type="checkbox"/> Utilidades | <input type="checkbox"/> Pagos de automóviles | <input type="checkbox"/> Medicina o cuidado de la salud |
| <input type="checkbox"/> Alquiler / Vivienda | <input type="checkbox"/> Ropa | <input type="checkbox"/> Transporte (gas, tarifa de autobús / metro, etc.) | <input type="checkbox"/> Necesidades básicas no alimentarias (papel higiénico, jabón, pasta de dientes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pagar mis cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ir al trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ahorrar dinero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ir a la escuela o entrenamiento laboral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Buscar empleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Reducir mi estrés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sentirme menos frustrada(o) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sentir que la comunidad se preocupa por mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cambiar el pañal de mi hijo tantas veces como quiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 True Vine | <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 True Vine entre visitas / citas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Participe en otros programas proporcionados por True Vine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Busque otros servicios proporcionados por True Vine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(11) ¿Qué otros servicios recibe de True Vine Center? (por favor marque todos los que apliquen)

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

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

- Niños (menores de 13 años)
- Adolescentes (edades 13-18)
- Adultos (edades 19-64)
- 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)

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

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

- Menores de 18 años
- 18-24 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55-64 años
- 65-74 años
- 75 años o más

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

- Madre
- Padre
- Abuela
- Abuelo
- Guardián legal
- Madre/Padre adoptiva
- Otra persona: _____

(16) ¿Cuál es el código postal donde vives? _____

(17) ¿Cómo te identificas? (por favor marque todos los que apliquen)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Negra(o) o afroamericano
- Blanca(o)
- Asiático
- Latino
- Otro: _____

(18) Complete la siguiente oración: Los pañales significan _____ para mí.

(19) ¿Otros comentarios o preguntas para nosotros? _____