



## FORMULARIO BREVE PARA EL ÍNDICE DE FIDELIDAD DEL WRAPAROUND FORMULARIO DEL CORDINADOR DE CUIDADOS

Este formulario es para el Cordinador de Cuidados involucrado en Wraparound. Deseamos preguntarle por las experiencias que esta familia ha tenido como parte del programa Wraparound. No tiene obligación de responder ninguna pregunta que no quiera, y puede detener su participación en cualquier momento.

### INFORMACIÓN DEL JOVEN

Formulario completo en:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Ubicación del sitio Wraparound:

\_\_\_\_\_

ID del Joven/Familia:

\_\_\_\_\_

ID del Cordinador de Cuidados Wrap:

\_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene el niño/a?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la identidad de género del joven?

- Masculino    Femenino    No-binario  
 Prefiero no decirlo  
 Otro: \_\_\_\_\_

*Opcional* – ¿El/la joven también se identifica como transgénero?

- Sí    No

¿Su chico es de ascendencia hispana?

- Si    No

¿Cuál es la raza del niño/a?

- Indígena Americano o Nativo de Alaska  
 Asiática  
 Negro o Afroamericano  
 Nativo Hawaiano/de otras Islas del Pacífico  
 Blanco  
 Raza mixta: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuántos meses lleva la familia participando en Wraparound?

\_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del chico?

- Los dos padres biológicos O un padre biológico y un padrastro/madrastra  
 Sólo madre biológica  
 Sólo padre biológico  
 Padre(s) adoptivo(s)  
 Padre(s) de crianza  
 Hermano/a (s)  
 Tía y/o tío  
 Abuelo/a(s)  
 Friend(s)  
 Guarda del estado  
 Otro: \_\_\_\_\_



## SECCIÓN A: INFORMACIÓN BÁSICA

Para las siguientes preguntas, responda "Sí" o "No".

		Sí	No
A1.	La familia es parte de un equipo Wraparound y este equipo incluye a otros miembros además de sólo la familia y un profesional (por ejemplo usted).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.	La familia tiene un plan escrito (plan Wraparound o plan de cuidados) que detalla estrategias, pasos de acción, y quién es responsable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.	El equipo se reúne con regularidad (al menos cada 30-45 días).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.	Las decisiones del equipo Wraparound se basan en los datos dados por la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECCIÓN B: SUS EXPERIENCIAS EN WRAPAROUND

Para las siguientes afirmaciones, piense por favor en todas sus experiencias con wraparound. Se le preguntará si está "Totalmente de acuerdo", "De acuerdo", "Neutral", "En desacuerdo", "Totalmente en desacuerdo", o "No sé".

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
B1.	La familia tuvo un rol principal al elegir la gente en su equipo Wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2.	Hay personas que brindan servicios a este niño/a y a la familia que <u>no</u> participan en su equipo wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3.	Al comienzo del proceso wraparound, la familia describió su visión de un futuro mejor, y esta afirmación fue compartida con el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4.	El equipo Wraparound de la familia vino con creativas ideas para su plan que eran diferentes de todo lo que hubieran intentado con anterioridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5.	Con ayuda de su equipo Wraparound, la familia escogió un pequeño grupo de sus necesidades de mayor prioridad para enfocarse en ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6.	El plan Wraparound incluye estrategias que satisfacen las necesidades de otros miembros de la familia, además del niño/a o joven identificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7.	Estoy preocupado/a de que el equipo de esta familia <u>no</u> incluye a las personas adecuadas para ayudar al niño y a la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8.	En cada reunión, el equipo Wraparound revisa el progreso que se ha alcanzado en pos de cada una de las necesidades de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9.	A través de Wraparound, la familia ha incrementado el apoyo que recibe de sus amigos y familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10.	A través de Wraparound, la familia ha generado fuertes relaciones con personas con las que pueden contar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WRAPAROUND FIDELITY ASSESSMENT SYSTEM



		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
B11.	En cada reunión de equipo, el equipo Wraparound celebra al menos un logro o hecho positivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12.	El equipo Wraparound <u>no</u> incluye ningún apoyo natural, como ser de amigos, vecinos o miembros de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13.	A través de Wraparound, esta familia fue conectada con nuevos recursos de la comunidad que resultaron claves para satisfacer sus necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14.	El plan Wraparound incluyó estrategias que estaban enlazadas a cosas que a la familia le gusta hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15.	En ocasiones, los miembros del equipo Wraparound no realizan las tareas que les fueron asignadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16.	El equipo Wraparound incluye personas a las que no se les paga por estar ahí (ej. amigos, familia, gente de la iglesia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17.	Siento a veces que los miembros de este equipo Wraparound no comprenden o no respetan a la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18.	El equipo Wraparound incluye estrategias que no involucran servicios profesionales, y que son cosas que la familia sola puede hacer, o bien con ayuda de amigos, familia y comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B19.	Tengo confianza en que el equipo Wraparound podrá encontrar servicios o estrategias que hagan que a este niño/a le vaya bien y permanezca en la comunidad por largo plazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B20.	Está en funcionamiento un plan de crisis efectivo que asegura que la familia sepa qué hacer ante una situación crítica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B21.	El equipo Wraparound y la familia han hablado sobre cómo se darán cuenta de que es el momento de hacer la transición desde un wraparound formal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B22.	En cada reunión, la familia da sus visiones sobre cómo está funcionando con ellos el proceso Wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B23.	Es posible que el proceso Wraparound termine antes de que las necesidades de la familia hayan sido resueltas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24.	Debido al proceso Wraparound, tengo confianza de que la familia podrá manejar los problemas que surjan en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B25.	La familia ha sido puesta en contacto con el apoyo y los servicios comunitarios que satisfacen sus necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cualquier comentario adicional acerca de las experiencias en wraparound?

---



---



---



---



## SECCIÓN D: RESULTADOS

Para las siguientes preguntas, responda "Sí" o "No".

Desde el comienzo de Wraparound...		Sí	No	No sé
D1.	Mi niño/a o joven ha tenido una nueva derivación a una institución (como una detención, hospital psiquiátrico, centro de tratamiento, u hogar grupal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.	Mi niño o joven ha sido tratado en una Sala de Emergencias debido a un problema de salud mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.	Mi niño o joven ha tenido un contacto negativo con la policía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.	Mi niño o joven ha sido suspendido o expulsado de la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el mes pasado mi hijo/a o adolescente ha tenido...		Muchísimo	Mucho	Un poco	Para nada	No sé
D6.	Problemas que interrumpe nuestra vida en la casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7.	Problemas que interfieren con el éxito en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8.	Problemas que hacen difícil para desarrollar o mantener amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9.	Problemas que hacen difícil para participar en actividades de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún comentario adicional sobre algo que hubiera ocurrido con su niño/joven desde el inicio de wraparound?

---



---



---



---



---