



## FORMULARIO BREVE PARA EL ÍNDICE DE FIDELIDAD DEL WRAPAROUND FORMULARIO DEL CUIDADOR

Este formulario es para el cuidador de un joven en wraparound. Deseamos preguntarle sobre las experiencias que usted y su familia han tenido como parte del programa Wraparound, para que podamos mejorarlo. No está obligado a responder ninguna pregunta que no desee, y puede finalizar 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

¿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: \_\_\_\_\_

¿Su chico es de ascendencia hispana?

- Sí    No

¿Cuántos meses lleva la familia participando en Wraparound?

\_\_\_\_\_

¿Que relación tiene Ud. con el niño/a?

- Padre biológico  
 Padre adoptivo  
 Padre de crianza  
 Compañero de vida de padre o madre  
 Hermano/a  
 Tío o tía  
 Abuelo/a  
 Primo/a  
 Otro pariente de la familia  
 Padrastro/madrastra  
 Friend (adult friend)  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿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.	Mi familia y yo somos parte del equipo (ej. "equipo Wraparound", "equipo y familia del niño/a"), Y este equipo incluye a más gente que sólo mi familia y un profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.	Junto con mi equipo, mi familia creó un plan escrito ("plan de cuidado" o "plan Wraparound") que describe qué hará cada uno y cómo debe hacerse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.	Mi equipo se reúne con regularidad (por ejemplo, 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.	Mi familia y yo tuvimos un papel principal al elegir la gente de nuestro equipo Wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2.	Hay gente que le brinda servicios a mi hijo y a mi familia que <u>no</u> está dentro de mi 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, mi familia describió nuestra visión de un mejor futuro para nuestro equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4.	De mi equipo Wraparound surgieron ideas creativas para nuestro plan, que eran diferentes de cualquier otra cosa que hubiéramos intentado antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5.	Con ayuda de los miembros de nuestro equipo Wraparound, mi familia y yo elegimos un pequeño grupo de necesidades de mayor prioridad para enfocarnos en ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6.	Nuestro plan Wraparound incluye estrategias que satisfacen las necesidades de otros miembros de la familia, además de mi niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7.	A veces siento que nuestro equipo <u>no</u> incluye a las personas adecuadas para ayudar a mi niño y a mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8.	En cada reunión, mi equipo Wraparound revisa el progreso que se ha alcanzado en pos de cada una de nuestras necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9.	El estar participando de Wraparound ha incrementado el apoyo que reciben mis hijos y mi familia de parte de amigos y parientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10.	El proceso Wraparound ayudó a mi hijo y a mi familia a generar fuertes relaciones con personas con las que podemos 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, nuestro 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.	Nuestro equipo Wraparound <u>no</u> incluye ningún amigo, vecino o miembro de la familia extendida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13.	Mi familia fue conectada con nuevos recursos de la comunidad que considero valiosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14.	De mi equipo Wraparound surgieron ideas y estrategias que estaban enlazadas a cosas que a mi 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 de nuestro equipo Wraparound no realizan sus tareas asignadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16.	Nuestro 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 mi equipo Wraparound no me comprenden a mí o a mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18.	Nuestro equipo Wraparound incluye estrategias que no involucran servicios profesionales (cosas que nuestra 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 nuestro equipo Wraparound podrá encontrar servicios o estrategias que mantengan a mi niño 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.	Gracias a Wraparound, cuando sucede una crisis mi familia y yo sabemos qué hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B21.	Nuestro equipo Wraparound ha dialogado sobre cómo nos daremos cuenta de cuándo 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 del equipo, mi familia y yo damos nuestras visiones sobre cómo está funcionando con nosotros el proceso Wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B23.	Me preocupa que el proceso Wraparound termine antes de que se hayan resuelto nuestras necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24.	Participar en Wraparound me ha dado la confianza de que podré 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.	Con la ayuda de nuestro equipo Wraparound, hemos logrado apoyo y servicios comunitarios que satisfacen nuestras 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 de su familia en wraparound?

---



---



---



---



**SECCIÓN C: SATISFACCIÓN**

Para las siguientes afirmaciones, piense por favor en su grado de satisfacción con respecto a wraparound. Indique cuánto está de acuerdo con cada afirmación.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
C1.	Estoy satisfecho con el proceso Wraparound del que mi familia y yo hemos participado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2.	Estoy satisfecho con el progreso de mi niño/a/ joven desde el comienzo del proceso Wraparound.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3.	Desde el inicio de Wraparound, nuestra familia ha logrado un progreso en pos de nuestras necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4.	Desde el inicio de Wraparound, me siento más confiado en mi capacidad para cuidar a mi niño/a/joven en mi hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN D: RESULTADOS**

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

Desde el comienzo de Wraparound...	Si	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
D5. Problemas que han causado estrés o tensión a mi o un miembro de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6. Problemas que interrumpen 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 su grado de satisfacción con wraparound, o sobre algo que hubiera ocurrido con su niño/joven desde el inicio de wraparound?

---



---



---