

## Formulario para comentarios del proveedor del servicio

Fecha de hoy (dd/mm/año)

Le pedimos que complete este breve formulario para que los administradores del programa pueden conocer sus opiniones y experiencias como promotor, consejero de crisis, líder del equipo o supervisor del Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés). No escriba su nombre en este formulario. Queremos que se sienta completamente libre de expresar su opinión.

### ¡Gracias por su participación!

El primer grupo de preguntas es sobre su capacitación en el CCP. Primero, indique si ha tenido o no cada tipo de capacitación. Luego, para cada capacitación que ya ha terminado, califique qué tan útil fue para prepararlo para el trabajo que hace usando una escala del 1 al 5, en donde 1 es para nada útil, 2 es un poco útil, 3 es moderadamente útil, 4 es muy útil y 5 es extremadamente útil.

Tipo del entrenamiento	¿Ha tenido este entrenamiento?		En caso afirmativo, califique por favor la utilidad de esta capacitación.				
	NO	SÍ	Para nada útil	Un poco útil	Moderadamente útil	Muy útil	Extremadamente útil
Capacitación básica (Core Content Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Transición al programa de capacitación de servicios regulares (Regular Services Program—RSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación a mitad del programa (Midprogram Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación en el aniversario del desastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación para la eliminación gradual del programa de servicios reglars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Capacitación para completar las herra-mientas de evaluación del CCP (ej., registros, hoja de cómputo semanal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Otras capacitaciones en asesoramiento para tiempos de crisis ofrecidas por el estado o su agencia (ej., autocuidado o habilidades para la recuperación psicológica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Usando una escala de 1 a 5, en donde 1 es extremadamente malo, 2 es malo, 3 es regular, 4 es bueno y 5 es excelente, califique cada uno de los siguientes: Estos se relacionan con otras cosas que pueden influenciar su trabajo, como la supervisión y el apoyo.**

	Extremadamente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
Calidad de la supervisión que le brindaron	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oportunidades para interactuar con otros miembros del personal en forma de apoyo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Asistencia y capacitación brindada para ayudarle a evitar la “fatiga relacionada con la compasión” o lidiar con el estrés de escuchar y ayudar a otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oportunidades para el crecimiento profesional y personal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Idoneidad de la carga de trabajo (ej., ni mucho ni muy poco)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**CONTESTE TAMBIÉN LAS PREGUNTAS EN LA SIGUIENTE PÁGINA.**

	Extremadamente malo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
Idoneidad de los recursos y las herramientas que tenía disponibles para hacer su trabajo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien entendió cómo su trabajo encaja dentro del cuadro más grande de la respuesta de su comunidad ante el desastre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien se compartió la información de la evaluación con los equipos de consejería o se usó para informar sobre el trabajo que hacen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Qué tan bien cree que los tipos de servicios prestados por el proyecto cuadraron o satisficieron los tipos de necesidades presentes en la comunidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Calidad en general de los servicios prestados por el proyecto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Probabilidad de que recomiende este proyecto a un familiar o amigo si lo necesitara	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Para las siguientes preguntas, comparta sus reacciones (sentimientos, emociones y pensamientos) acerca del desastre, teniendo en cuenta sus reacciones EN EL ÚLTIMO MES. Usando una escala del 1 al 5 en donde 1 es para nada, 2 es un poco, 3 es algo, 4 es bastante y 5 es muchísimo, en el último mes:**

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Muchísimo
¿Hasta qué punto se le ha dificultado lidiar con otros eventos o situaciones estresantes debido a su trabajo de consejería de crisis o a sus reacciones ante ésta?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha interferido el trabajo de consejería de crisis o su reacción ante ésta como ¿qué tan bien ha cuidado de su salud física (ej., comiendo mal, no descansando lo suficiente, fumando más, bebiendo más)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha interferido el trabajo de consejería de crisis o su reacción ante ésta con su capacidad de trabajo o el desempeño de otras actividades diarias como las labores de la casa o las tareas escolares?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto ha afectado su trabajo de consejería de crisis o su reacción ante ésta las relaciones con su familia o amigos o interferido con sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
¿Hasta qué punto se ha angustiado o preocupado por sus reacciones?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Si desea hablar con un consejero acerca de sus reacciones o si tiene inquietudes acerca de sus respuestas a estas preguntas, llame a

**Las siguientes preguntas son acerca de lo que piensa del formato que usó para completar algunos de los formularios de recolección de datos.**

En promedio, ¿cuánto tiempo le tomó completar un ejemplar de cada uno de los siguientes formularios en **el FORMATO IMPRESO**?

	1-2 minutos	3-4 minutos	5-6 minutos	7-8 minutos	9-10 minutos	10-11 minutos	N/A
Registro de visitas para servicios de consejería de crisis para las personas individuales o las familias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Registro de la visita de grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

**CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.**

	1-2 minutos	3-4 minutos	5-6 minutos	7-8 minutos	9-10 minutos	10-11 minutos	N/A
Herramienta para la evaluación y remisión de adultos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

En promedio, ¿cuánto tiempo le tomó completar un ejemplar de cada uno de los siguientes formularios en **el FORMATO MÓVIL**? No incluya el tiempo que le tomó subir el formulario.

	1-2 minutos	3-4 minutos	5-6 minutos	7-8 minutos	9-10 minutos	10-11 minutos o más	N/A
Registro de visitas para servicios de consejería de crisis para las personas individuales o las familias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Registro de la visita de grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de adultos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Para los **FORMATOS IMPRESOS**, por lo general, ¿cuándo completo la mayoría de estos formularios después de la visita?

	Inmediatamente después	Al final del día	Dentro de la semana	Después de una semana	N/A
Registro de visitas para servicios de consejería de crisis para personas individuales o las familias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Registro de la visita de grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de adultos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Para los **FORMATOS MÓVILES**, por lo general, ¿cuándo completo la mayoría de estos formularios después de la visita?

	Inmediatamente después	Al final del día	Dentro de la semana	Después de una semana	N/A
Registro de visitas para servicios de consejería de crisis para personas individuales o las familias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Registro de la visita de grupo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de adultos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Herramienta para la evaluación y remisión de niños y jóvenes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

En el formato móvil, ¿utilizó la función sin conexión en línea? La función sin conexión en línea le permite recolectar información sin necesidad de internet y luego subir los datos al servidor una vez que se conecte con el dispositivo al internet.

No aplica; no completé un formulario móvil

No; no entendí cómo usar esta función

Sí

Otro; Especifique:

No; no he necesitado usar esta función

Si **NO** usó el formato móvil, ¿qué le impidió hacerlo? (Marque todas las opciones que correspondan.)

No aplica; usé el formulario móvil

No me siento cómodo con la tecnología

No tenía un dispositivo electrónico

Me preocupa la privacidad

No supe como usarlo

Otro; Especifique:

¿Pudo entender las instrucciones para llenar los formularios?

Sí

No

Especifique:

**Estas últimas preguntas finales nos ayudarán a describir a todo el grupo de personas que completaron esta encuesta.**

¿Cuántas horas de trabajo dedica en una semana normal al programa de consejería de crisis?

Menos de 20 horas

20-29 horas

30-39 horas

40 o más horas

¿Cuántos meses ha trabajado con el programa de consejería en tiempos de crisis?

(Si menos de un mes, escriba 0.)

¿Supervisa usted el trabajo de otros consejeros de crisis?

No

Sí

¿En cuál condado o parroquia trabaja usted normalmente?

¿Cómo se identifica usted?

Hombre

Mujer

¿En qué año nació?

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha terminado o título que ha recibido?

Nada de escuela secundaria

Escuela secundaria pero sin título ni equivalente al título (GED)

Título de bachillerato de la secundaria o equivalente al título de la secundaria (GED)

Título de bachillerato de la secundaria

Algunos estudios universitarios, pero sin título

Título de asociado al completar dos años de un programa en la universidad comunitaria (ej., A.A. (Asociado en artes), A.S. (Asociado en Ciencias))

Grado universitario

Maestría o título profesional (ej., M.A.(Maestría en Artes), Ph.D.(Doctorado), M.D. (Médico), J.D.(Licenciatura en Derecho))

¿Es usted hispano o latino?

No

Sí

¿Cuál de los siguientes grupos describe mejor su raza? (Seleccione todas las opciones que correspondan.)

Asiático o Isleño del Pacífico

Indígena Americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco o caucásico

Nativo de Hawái

**CONTINUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.**

**¿Tiene algún comentario que le gustaría compartir? En caso afirmativo, por favor escríbalo en la siguiente casilla.**

Aviso sobre la carga pública: Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que tenga un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de la OMB para este proyecto es 0930-0270. Se calcula que la carga o tiempo que tomará esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por visita, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y llenar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios sobre el cálculo del tiempo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir la carga, a SAMHSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, Room 2-1057, Rockville, MD 20857.