

Fecha de Administración *:

Nombre del Proveedor

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Nombre de ELS

Primer nombre:

Apellido:

Complete las siguientes preguntas.

1. Tengo conversaciones con mis hijos.*

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

2. Tengo conversaciones con mis hijos durante las actividades cotidianas, como a la hora de comer y cambiar pañales.*

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

3. Leo con mis hijos.*

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

4. Cuento historias a mis hijos. *

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

5. Fomento y participo en juegos imaginarios con mis hijos. *

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

6. Describo las actividades de juego de mis hijos a medida que se desarrollan *

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

7. Hago actividades de música y movimiento con mis hijos. *

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

8. Utilizo los libros que me envía a casa mi proveedor de cuidado infantil con mis hijos. *

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

9. Utilizo las hojas guía que me envía a casa mi proveedor de cuidado infantil con mis hijos.*

Menos de semanal
Al menos una vez por semana
La mayoría de los días
Cada día

10. Califique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones*:

a. Mi hijo describe las imágenes de los libros usando palabras y oraciones..

Totalmente de acuerdo
Estoy de acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
No estoy de acuerdo
Totalmente no estoy de acuerdo

b. Mi hijo expresa apropiadamente fuertes sentimientos positivos o negativos.

Totalmente de acuerdo
Estoy de acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
No estoy de acuerdo
Totalmente no estoy de acuerdo

c. Mi hijo coopera y sigue instrucciones cuando se le pide.

Totalmente de acuerdo
Estoy de acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
No estoy de acuerdo
Totalmente no estoy de acuerdo

11. ¿Cuántas horas al día pasa su hijo(a) mirando una pantalla (incluyendo TV, videojuegos, computadora, pantalla del teléfono, etc.)? *

Ninguna

Menos de dos horas

De dos a cuatro horas

Más de cuatro horas

En general, en una escala del 0 al 10, ¿cuán satisfecho estuvo con su experiencia en el programa?*