|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02720S (03/2021) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | |
| **PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR FAMILIAR**  **EVALUACIÓN INICIAL**  **FAMILY CAREGIVER SUPPORT PROGRAM**  **INITIAL EVALUATION** | | | | | | | |
| Los participantes deben responder a esta encuesta al momento de comenzar a brindar los servicios. Se debe responder a una segunda encuesta posterior a ésta después de seis meses a un año de participación o al dejar de participar en el programa. Se prefiere que los cuidadores completen la segunda evaluación en persona durante una visita de seguimiento, pero se permite hacerla por teléfono. | | | | | | | |
| Nombre | | | | | Fecha de hoy | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | Marque una respuesta |
| 1. ¿Cómo calificaría su capacidad de proveer apoyo a la persona a su cargo? | | | | | | | Buena  Satisfactoria  Deficiente  Neutral |
| 1. ¿Cómo calificaría su energía para hacer lo que se necesita? | | | | | | | Buena  Satisfactoria  Insuficiente  Neutral |
| 1. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo / moral al realizar las labores de cuidado en este momento? | | | | | | | Bueno  Satisfactorio  Malo  Neutral |
| 1. ¿Cómo calificaría su salud física en este momento? | | | | | | | Buena  Satisfactoria  Mala  Neutral |
| 1. ¿Cómo calificaría su salud mental o emocional en este momento? | | | | | | | Buena  Satisfactoria  Mala  Neutral |
| 1. ¿Cómo calificaría su conocimiento sobre los recursos comunitarios disponibles para ayudar? | | | | | | | Bueno  Satisfactorio  Insuficiente  Neutral |
|  | | | | | | | |
| **For Office Use Only** | | | | | | | |
| Program | Enrolled | Enrollment Date | | Survey Date | | Pre or Post Survey | |
| AFCSP |  |  | |  | |  | |
| NFCSP |  |  | |  | |  | |
| Both |  |  | |  | |  | |