|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-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 |  |  |  |  |