

# OPDH: Formulario de Inscripción de Padres PROSa

Org.	Mun.	ID Fam.	ID Ind.

Fecha de inscripción		
dd	mm	aa

ID Staff

INSTRUCCIONES: Esta hoja debe ser completada en todas sus partes ya que esta información es de gran importancia para la implementación del programa.

## Información Contacto del Participante

<b>Nombre</b>			
Nombre	Inicial	1er Apellido	2do Apellido
<b>Número de teléfono principal</b>	<b>Número de teléfono alterno</b>		<b>Correo electrónico</b>
<b>Dirección Postal: Barrio/Sector/Urbanización</b>	<b>Calle y núm. de casa/apt.</b>	<b>Municipio</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Dirección Física: Barrio/Sector/Urbanización</b>	<b>Calle y núm. de casa/apt.</b>	<b>Municipio</b>	<b>Código Postal</b>

## Información sociodemográfica

<b>1. ¿Con qué género te identificas?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No se identifica			<b>2. Edad actual</b>		<b>3. Fecha</b> dd    mm    aa		
<b>4. Te consideras....</b> <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder							
<b>5. ¿Con que raza te identificas?</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza							

## Composición Familiar

6. Nos gustaría conocer la composición familiar de nuestros/as participantes. Favor de escribir el nombre, edad y la relación con usted de hasta 6 miembros de su familia. Si tiene algún menor que sea participante del Programa PROSa favor de identificarlo.

Nombre	1er Apellido	2do Apellido	Edad	Relación con usted	Participante de PROSA	Escuela del/de la menor	Grado
1.					<input type="checkbox"/>		
2.					<input type="checkbox"/>		
3.					<input type="checkbox"/>		
4.					<input type="checkbox"/>		
5.					<input type="checkbox"/>		
6.					<input type="checkbox"/>		

### Temas de Crianza de Interés

<b>7. Nos gustaría saber que temas de crianza le interesa aprender o dialogar como parte del Programa Fundamentos de CRIANZA. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA ALTERNATIVA</b>		
<input type="checkbox"/> Estilos de Crianza	<input type="checkbox"/> Reuniones Familiares	<input type="checkbox"/> Manejo de la Tecnología
<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Estrategias de Disciplina	<input type="checkbox"/> Sexualidad
<input type="checkbox"/> Conductas de Riesgo		
<input type="checkbox"/> Otro, favor especifique _____		
<b>8. ¿Qué retos ha enfrentado con el proceso de crianza de su/s hijo/s adolescente/s?</b> Respuesta ->		
<b>9. ¿Ha participado anteriormente de algún taller de crianza?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor especificar <span style="color: blue;">—————&gt;</span>	<b>10. ¿Cuándo participo?</b>	<b>11. ¿Dónde participo?</b>

### Disponibilidad para participar del Programa

El programa Fundamentos de la CRIANZA, se estará ofreciendo en línea o presencialmente, dependiendo de la disponibilidad de ustedes los/as participantes. Nos gustaría hacerles varias preguntas que nos ayuden a determinar la modalidad que ustedes prefieren.

<b>12. ¿De qué manera le gustaría participar de las sesiones educativas? FAVOR DE ESCOGER UNA SOLA ALTERNATIVA</b>						
<input type="checkbox"/> En Línea		<input type="checkbox"/> Presencial		<input type="checkbox"/> En Línea/ Presencial		
<b>13. ¿Qué día/s y horario/s sería más conveniente para usted participar de las sesiones? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA ALTERNATIVA</b>	<b>lunes</b>	<b>martes</b>	<b>miércoles</b>	<b>jueves</b>	<b>viernes</b>	<b>sábado</b>
Entre 10:00 AM - 12:00 PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1:00 - 3:00 PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 3:00 - 5:00 PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de que se lleven a cabo las sesiones virtuales, nos gustaría hacerle unas preguntas sobre su acceso a la tecnología.

<b>14. ¿Tiene una computadora o dispositivo con el que podría conectarse a las sesiones educativas?</b> <input type="checkbox"/> Sí, tengo una computadora/dispositivo que puedo usar siempre que necesito. <input type="checkbox"/> Sí, pero no lo puedo usar todo el tiempo porque la comparto con alguien o no siempre funciona. <input type="checkbox"/> No, no tengo acceso a una computadora/dispositivo.
<b>15. ¿Qué dispositivo electrónico tiene disponible para utilizar en el hogar? MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN</b> <input type="checkbox"/> Laptop/Computadora <input type="checkbox"/> Tableta <input type="checkbox"/> No cuento con un dispositivo <input type="checkbox"/> Celular Inteligente (Smartphone) <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>16. ¿Tiene acceso a Wifi en su casa que pueda acceder?</b> <input type="checkbox"/> Sí, tengo acceso a Wifi. <input type="checkbox"/> Sí, pero el acceso al Wifi es limitado. <input type="checkbox"/> No cuento con acceso a WIFI
<b>17. ¿Ha usado antes plataformas para conectarse a reuniones virtuales?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>18. ¿Qué plataformas o programas ha usado para esto? PUEDE MARCAR TODAS LAS QUE APLIQUEN</b> <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> Teams <input type="checkbox"/> Google Classroom <input type="checkbox"/> Otra, favor especificar ->
<b>19. Soy bastante bueno/a utilizando la computadora o utilizando la tecnología para conectarme a reuniones virtuales.</b> <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo

17. ¿Hay alguna dificultad que le impida participar de estos grupos de CRIANZA?

No

Sí, favor especificar->

**Para uso interno**

Grupo de CRIANZA Asignado	Día	Horario	Fecha de inicio:		
			dd	mm	aa