

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FAMILIARES Y DE APOYO DE CHICAGO  
DIVISIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS  
SERVICIOS DE ASESORAMIENTO PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

**SECCIÓN I: Para ser completada por el PERSONAL**

CÓDIGO IDENTIFICADOR DE LA ENCUESTA

2020-21			
<small>(año)</small>	<small>(código de 4 dígitos de la agencia)</small>	<small>(código de 1 dígito del programa)</small>	<small>(número de 5 dígitos del cliente)</small>

FECHA DE HOY

**SECCIÓN II: Para ser completada por los PARTICIPANTES**

Marque la casilla que describa cómo se siente.

**A. Lo que pienso sobre las opciones que me ofrecieron:**

	<small>No corresponde</small>	<small>Muy en desacuerdo</small>	<small>En desacuerdo</small>	<small>Neutral</small>	<small>De acuerdo</small>	<small>Muy de acuerdo</small>
1. Me dieron información sobre cómo pueden protegerme las leyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me ayudaron a encontrar varias maneras de mantenerme más a salvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me dieron recomendaciones para otros servicios que pudiera necesitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si necesito ayuda en el futuro, volvería a recurrir a este programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Personal de este programa:**

1. Me trató con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me ayudó a tomar mis propias decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Cómo me siento sobre los servicios que recibí:**

1. Comprendo mejor los efectos del maltrato en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprendo mejor que no soy responsable del maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento más confianza en las decisiones que tomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>SEXO</b>	<b>ETNIA</b>	<b>RAZA</b>
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Asiático
	<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<b>EDAD</b>	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otra raza
	<input type="checkbox"/> Queer/Otro	