

**Level 3**  
**PARENTING EXPERIENCE POST-SURVEY**

**Nombre del Padre o Client ID:** \_\_\_\_\_ **Relación al niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Provider and Agency Name:** \_\_\_\_\_

**Triple P Intervention Type (ex: Level 3 Stepping Stones 0-12):** \_\_\_\_\_

Debajo esta una lista de temas relacionados con el ser padre.

Por favor circule el número que indica la respuesta que mejor describe cómo se siente usted honestamente.

**1. ¿En un sentido general, que tan difícil ha sido el comportamiento de su hijo/a en las últimas 6 semanas?**

Para nada	Un poco	Moderadamente	Muy	Sumamente
1	2	3	4	5

**2. ¿En qué medida las siguientes afirmaciones describen su experiencia como padre/madre en las últimas 6 semanas?**

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Sumamente
La paternidad es agradable	1	2	3	4	5
La paternidad es exigente	1	2	3	4	5
La paternidad es estresante	1	2	3	4	5
La paternidad es gratificante	1	2	3	4	5
La paternidad es deprimente	1	2	3	4	5

**3. ¿En las últimas 6 semanas, que tan confiado se ha sentido usted para asumir sus responsabilidades como padre/madre?**

Para nada	Un poco	Moderadamente	Muy	Sumamente
1	2	3	4	5

**4. ¿Qué tan apoyado/a se ha sentido usted en su papel como padre/madre en las últimas 6 semanas?**

Para nada	Un poco	Moderadamente	Muy	Sumamente
1	2	3	4	5

Edited 3/6/2015

Return to Triple P Cabarrus: Cabarrus Health Alliance 300 Mooresville Rd. Kannapolis, NC 28081
--