

TIEMPO DE LECTURA PRIMA®
Encuesta de Participante

Nombre: _____ **Raza:** _____

1. Identifique su rol en la familia:

- Mamá Papá Abuela Abuelo
 Guardián Hermano(a) Tío(a) Otro: _____

2. Usted ha participado en el programa de Tiempo de Lectura anteriormente? Si No

Si ha participado, seleccione uno: como 6 meses durante del año mas de un año

3. Que tan frecuente usted lee con su(s) hijo(s)?

- Diario Semanal Mensual Otro _____

4.Cuál es el título del último libro que leyó con su hijo(s)?

5. Usted o sus hijos hacen preguntas sobre la historia que leyeron durante o después de la lectura?

- Frecuentemente A veces Raramente Nunca

6. Usted y sus hijos derivan nuevo significado, ideas o conclusiones durante o después de la lectura?

- Frecuentemente A veces Raramente Nunca

7. Cuantas veces usted y sus hijos han visitado la biblioteca pública?

- Cada Día Semanal Mensual Algunas veces al año Nunca

8. Que tan de acuerdo está usted sobre las siguientes declaraciones?

d. Es muy importante para las familias compartir y leer historias juntas.

- Acuerdo fuertemente De acuerdo Desacuerdo Desacuerdo fuertemente

e. Leer historias en mi hogar, ayuda que mi(s) hijo(s) mejoren en la escuela.

- Acuerdo fuertemente De acuerdo Desacuerdo Desacuerdo fuertemente

f. Leer juntos en familia, es una actividad que se disfruta mucho.

- Acuerdo fuertemente De acuerdo Desacuerdo Desacuerdo fuertemente

Esta sección será completada por el Coordinador del Programa:

Numero de la Familia participante: _____

Nombre del Local: _____ Date: _____