

**TIEMPO DE LECTURA PRIMA®**  
**Terminación de Encuesta**

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 su(s) hijo(s) 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?**

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

- Acuerdo fuertemente     De acuerdo     Desacuerdo     Desacuerdo fuertemente

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

- Acuerdo fuertemente     De acuerdo     Desacuerdo     Desacuerdo fuertemente

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

- Acuerdo fuertemente     De acuerdo     Desacuerdo     Desacuerdo fuertemente

**11. El Tiempo de Lectura, ha cambiado la manera que usted y sus hijos leen y discuten libros juntos?**

- Si                       No

Si es si, por favor describa como: \_\_\_\_\_

**12. Podemos contactarlo después que termine el programa de Tiempo de Lectura para que nos cuente sobre su experiencia?**

- Si                       No

\*\*\*\*\*

***Esta sección será completada por el Coordinador del Programa:***

Numero de la Familia participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Local: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_