

1. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE LA JUVENTUD: Cuestionario Pre-programa

Al completar este cuestionario usted estará ayudando a otros programas como éste, a poder informarse sobre cómo mejorar los servicios para los jóvenes en su comunidad.

Al contestar las preguntas en este cuestionario al comenzar y al terminar el programa, usted podrá ayudar al personal del programa a estar al tanto de lo que están haciendo bien y lo que pueden mejorar. A través de toda Minnesota, programas para jóvenes están utilizando este cuestionario.

Le pedimos que si usted decide continuar con el cuestionario, conteste las preguntas con honestidad. El personal de su programa no verá sus respuestas individuales y sus respuestas no llevarán consecuencias para usted.

Todas las preguntas tienen la opción de: " No deseo contestar" por si usted no desea responder a alguna pregunta.

Seleccione por favor solamente una respuesta para cada pregunta a menos que se le indique seleccionar más de una.

- * 1. Cada programa tiene su propio número. Algunos programas tienen un número y una letra.

El personal de su programa le dirá qué número utilizar. Escríbalo por favor en la caja abajo.

- * 2. Número de código

La PRIMERA LETRA de su nombre: La PRIMERA LETRA de su apellido: El mes en que nació: El día en que nació:

Por favor escriba:

- * 3. Por favor escriba la fecha de hoy

Mes

Día

Año

Hoy es:

- * 4. ¿Cómo está tomando este examen?
(Por favor seleccione " en papel")

En papel

En computadora

* 5. ¿Nos podría ayudar contestando este cuestionario?

Sí (por favor siga a la próxima pregunta)

No (por favor doble o selle su cuestionario y devuélvalo al personal del programa. Usted ha terminado.)

* 6. ¿Cómo se identifica?:

(Seleccione uno)

Masculino

Femenina

No deseo contestar

* 7. ¿Qué edad tiene?

(Seleccione uno)

12

16

20

13

17

21 o mayor

14

18

no deseo contestar

15

19

* 8. ¿Es usted de origen hispano o Latino/a?

(Seleccione uno)

Sí

No

No deseo contestar

* 9. ¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que aplique)

Indio Americano

Negro/Afro-Americano

No deseo contestar

Asiático

Blanco

OPCIONAL: ¿Por favor díganos su procedencia étnica cultural? (Ejemplos: Hmong, indio, somalí, mexicano, Sioux, puertorriqueño, ruso, etc.)

* 10. ¿Cual de lo siguiente describe mejor la escuela a la que asiste?
Si la escuela no está en sesión, ¿en qué escuela estuvo recientemente?
(seleccione uno)

Escuela pública-----Vaya a la siguiente pregunta.

Escuela privada o religiosa-----Vaya a la siguiente pregunta.

Centro de aprendizaje alternativo (ALC) -----Vaya a la siguiente pregunta.

Programa de GED, escuela técnica o universidad-----Siga a la pregunta 18.

Me gradué de escuela secundaria-----Siga a la pregunta 18.

No estoy en la escuela (dejé la escuela/mis padres firmaron para que dejara la escuela) -----
-----Siga a la pregunta 18.

Otro-----Siga a la pregunta 18.

No deseo contestar-----Vaya a la siguiente pregunta.

* 11. ¿Recibe usted almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela?
(Seleccione uno)

Sí

No se

No

No deseo contestar

* 12. ¿Cómo se siente en relación a la escuela en la que asiste?
(Seleccione uno)

Me gusta mucho la escuela

No me gusta mucho

Me gusta bastante

Odio la escuela

Me gusta un poco

No deseo contestar

* 13. ¿Cuántas horas a la semana pasa estudiando durante el año escolar?
(Seleccione uno)

0 horas

6-10 horas

1-2 horas

Durante 10 horas

3-5 horas

No deseo contestar

* 17. Cuántas veces en el mes pasado:
(Seleccione una respuesta en cada fila)

	Nunca	Una o dos veces	Como una vez por semana	Varias veces por semana	A diario	La escuela no está en sesión	No deseo contestar
¿Lo han enviado fuera del salón de clase o a la oficina del principal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Lo han puesto en "detención o suspensión" dentro de la escuela (ISS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Lo han puesto en suspensión escolar y lo mandaron la casa (OSS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 18. ¿Cómo de acuerdo está con las siguiente declaraciones?
(Seleccione una respuesta en cada fila)

	De acuerdo	Mayormente de acuerdo	Mayormente desacuerdo	Desacuerdo	No deseo contestar
Tengo una buena relación con mis padres o guardianes	<input type="radio"/>				
Estoy satisfecho/a con mis calificaciones y logros en la escuela	<input type="radio"/>				
Estoy satisfecho/a con mi comportamiento y asistencia en la escuela	<input type="radio"/>				
Me siento seguro/a en mi comunidad	<input type="radio"/>				
Me siento cómodo con la cantidad de alcohol o de drogas que uso	<input type="radio"/>				
Me siento bien acerca de cómo otros me ven	<input type="radio"/>				
Me siento bien sobre cómo me veo	<input type="radio"/>				
Me siento seguro sobre mi futuro	<input type="radio"/>				

* 19. ¿Con qué adultos vive usted? (Marque todo lo que le apliqué)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi madre biológica (la mujer quien me dio a luz) | <input type="checkbox"/> Mis padres adoptivos |
| <input type="checkbox"/> Mi padre biológico | <input type="checkbox"/> Mis abuelos |
| <input type="checkbox"/> Mi madrastra o novia de mi padre | <input type="checkbox"/> Otros parientes |
| <input type="checkbox"/> Mi padrastro o novio de mi madre | <input type="checkbox"/> Adultos que no son parientes míos |
| <input type="checkbox"/> Mi madre adoptiva | <input type="checkbox"/> No deseo contestar |
| <input type="checkbox"/> Mi padre adoptivo | |

* 20. En el último mes, MIENTRAS ESTABA VIVIENDO EN SU HOGAR o DONDE QUIERA QUE ESTUVIERA VIVIENDO, cuantas veces hizo usted lo siguiente:

(Seleccione una respuesta en cada fila)

	Nunca	Una o dos veces	como una vez por semana	Varias veces por semana	A diario	No deseo contestar
¿Ceno con por lo menos uno de sus padres?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Hizo un proyecto, una actividad o una excursión con por lo menos uno de sus padres?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Ofendió, insulto o amenazó a alguien?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Golpeo a un miembro de su familia?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Arrojo o rompió alguna cosa?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Permaneció fuera de su hogar cuándo le se suponía que regresara a su casa?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Mintió sobre donde estuvo o con quién estaba?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ

* 21. ¿Con cuántos de los adultos en su vida puede usted ir para pedir ayuda con problemas personales difíciles?

(Seleccione uno)

jñ Ninguno jñ 1 jñ 2 jñ 3 jñ 4 jñ 5 jñ 6 jñ Más de 6 jñ No deseo contestar

* 22. En el último mes cuantas veces ha:

(Seleccione una respuesta en cada fila)

	Nunca	Una o dos veces	Como una vez por semana	Varias veces por semana	A diario	No deseo contestar
¿Trabajado en un lugar donde recibe pago (incluyendo el cuidado niños)?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Ha participado en servicios religiosos o actividades culturales?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Ha participado en actividades en comunidad: (Club 4H, YMCA/YWCA, club de niños y niñas, equipos de deportes de la comunidad, y actividades recreativas, etc.)	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ

* 23. En el último mes cuantas veces sido USTED amenazado lo han hecho sentir temor, o ha sido físicamente lastimado? (Seleccione una respuesta en cada fila)

	Nunca	Una o dos veces	Como una vez por semana	Varias veces por semana	A diario	No deseo contestar
¿En su hogar o el lugar donde usted está viviendo?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿En la escuela o en actividades escolares?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿En su vecindario?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ

* 24. Cuántas de las personas que considera como amigos: (Seleccione una respuesta en cada fila)

	Todos o casi todos	La mayoría	La mitad	Un par	Ninguno	No deseo contestar
¿Tienen problemas en la escuela?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Tienen problemas con la ley?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Usan alcohol o drogas?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
¿Lo presionan a usted para que haga cosas que usted siente no son buenas o peligrosas?	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ

* 25. Durante el mes pasado, cuantas veces hizo lo siguiente: No incluya el uso asociado con ceremonias religiosas. (Seleccione una respuesta en cada fila)

	Nunca	Una o dos veces	Como una vez por semana	Varias veces por semana	A diario	No deseo contestar
Fumó un cigarrillo o tabaco	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Tomó una o más bebidas alcohólicas	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Tomó 5 o más bebidas alcohólicas	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Usó marihuana, "blunts" o hachís	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Usó prescripciones médicas que no son suyos para drogarse	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Usó medicamentos farmacéuticos u otros productos para drogarse (inhalando pintura/solventes/aerosoles).	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ
Utilizó otras drogas como cocaína, "crack", heroína, estimulantes, éxtasis, "meth" o LSD/"acid"	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ	jñ

* 26. ¿Con cuántas de estas declaraciones esta de acuerdo?

(Seleccione una respuesta en cada fila)

	De acuerdo	Mayormente de acuerdo	Mayormente en desacuerdo	En desacuerdo	No deseo contestar
A menudo me siento irritado y enojado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo me siento infeliz, deprimido o lloroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento mucha tensión o presión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actúo antes de que pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me hace difícil admitir que me he equivocado o he hecho algo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguien se mete conmigo, yo me desquito con esa persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiero que me castiguen y no tener que disculparme por algo mal que hice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 27. ¿Como de acuerdo está con estas declaraciones?

(Seleccione una respuesta en cada fila)

	De acuerdo	Mayormente de acuerdo	Mayormente en desacuerdo	En desacuerdo	No deseo contestar
Hago buenas decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo dividir una meta grande en metas pequeñas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo pedir ayuda cuando la necesito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento capaz de solucionar problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo controlar mi coraje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¡Gracias!

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, por favor póngase en contacto con el personal de su programa. Usted puede también llamar al 2-1-1 o 1-800-543-7709 para ponerse en contacto con First Call for Help de United Way (Primera Llamada para Ayuda). Estos servicios están disponibles las 24 horas al día, además son gratis y confidenciales.

Los usuarios de teléfono celular pueden llamar al 651-291-0211 para ponerse en contacto con First Call for Help.

¡Por favor doble o selle su cuestionario y devuélvalo al personal de su programa!