

ENCUESTA DEL CENTRO DE SALUD DE SOUTHWEST HIGH SCHOOL

Esta encuesta es completamente anónima. Su información no será atada al estudiante de ninguna manera. Por favor, no escriba su nombre. Aunque la información solicitada es importante para la encuesta, deje en blanco cualquier pregunta que no desee contestar. Si no entiende una pregunta por favor pregúntele al facilitador.

Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor posible. Llene el espacio o marque una "X" en el espacio indicado.

Preguntas acerca de la formación del estudiante:

1. ¿Con cual genero se identifica? Hombre Mujer

2. ¿Cuántos años tiene? _____ años

3. ¿En que grado esta? 9° 10° 11° 12°

4. ¿Cómo usted se describe? **Por favor seleccione todas las repuestas válidas**

Indio Americano o Nativos de Alaska

Asiático

Asiático Indio

Chino(a)

Coreano(a)

Vietnamita

Japonés

Negro(a), Afroamericano(a)

Hispano o Latino

Mexicano(a), Mexicano Americano(a), o Chicano(a)

Puertorriqueño(a)

Cubano(a)

Otro origen Hispano, Latino, o Español (e.g. Colombiano(a), Dominicano(a) etc.)

Por favor especifique _____

Isla del Pacífico

Hawaiano Nativo

Caucásico

Otra Raza (Por favor especifique _____)

5. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa? **Por favor seleccione todas las repuestas válidas**

- Inglés Español Chino Japonés Coreano Vietnamita
 Un otro idioma (Por favor especifique _____)

6. ¿Qué idioma prefiere hablar?

- Inglés Español Chino Japonés Coreano Vietnamita
 Un otro idioma (Por favor especifique _____)

7. ¿Con quien vive? **Por favor seleccione todas las repuestas válidas**

- Madre Padre Abuelo(a) Otro (Por favor especifica _____)

8. ¿Su padres o tutores son:

- Solteros, nunca se han casado Casados Separados Divorciados
 Otro (Por favor especifique _____)

9. ¿En que trabajan sus padres?

Padre: _____ Madre: _____ Tutores: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán aprender sobre su apoyo social:

10. **¿Por lo general**, con quien habla cuando tiene preocupaciones? **Por favor seleccione todas las repuestas válidas**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Consejero o terapeuta fuera de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Pastor/Sacerdote/Rabino |
| <input type="checkbox"/> Hermano/hermana | <input type="checkbox"/> Consejero(a) de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro pariente | <input type="checkbox"/> Clínica de salud escolar |
| <input type="checkbox"/> Amigo(a) | <input type="checkbox"/> Una clínica fuera de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Novio(a) | <input type="checkbox"/> Otro (¿Quién/Dónde? _____) |
| <input type="checkbox"/> No Aplica | |

11. ¿Cómo le ayudaron? **Por favor seleccione todas las repuestas válidas**

- Escucharon sus preocupaciones Ofrecieron consuelo
 Ofrecieron consejos Lo refirieron a otra persona o a un profesional
 Otro (¿Que? _____)
 No Aplica

12. ¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda que recibió?

- Muy Satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy Insatisfecho
 No Aplica

13. ¿Volverías a pedirles ayuda otra vez en un futuro?

- Sí: Por qué? _____
 No: Por qué? _____
 No Aplica

14. ¿Durante el último año, has tenido uno de estos problemas? (**Por favor seleccione todas las repuestas válidas**)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Conflictos familiares/separaciones |
| <input type="checkbox"/> Triste/Deprimido | <input type="checkbox"/> Simplemente no se siente bien |
| <input type="checkbox"/> Coraje fuera de control | <input type="checkbox"/> Sentirse solo, problemas haciendo amigos |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Miedo fuera de control |
| <input type="checkbox"/> Problemas sexuales | <input type="checkbox"/> Estrés fuera de control |
| <input type="checkbox"/> Problemas con amigos | <input type="checkbox"/> Problemas con trabajo escolar |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el peso | <input type="checkbox"/> Aburrimiento demasiado/amenudo |
| <input type="checkbox"/> separacion de noviazgo | <input type="checkbox"/> Problemas con su novio/novia |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la policía | <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | <input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol |

15. ¿Ha visto un profesional para cualquiera de los problemas anteriores?

- Sí: ¿Qué problemas? _____
 No
 No Aplica

16. ¿Quién lo refirió?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Amigo(a) |
| <input type="checkbox"/> Centre de Salud Escolar | <input type="checkbox"/> Ministro/Sacerdote/Rabino |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> No Aplica |

17. ¿Volverías con el/la profesional otra vez en el futuro?

- Sí: ¿Por qué? _____
 No: ¿Por qué? _____
 No Aplica

18. ¿Conoces alguien que ha ido a un profesional (e.g. consejero, trabajador social, psicólogos)?

- Sí: **Por favor especifique**
- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| <input type="checkbox"/> Amiga | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Novio(a) |
| <input type="checkbox"/> Otro relativo | <input type="checkbox"/> Un Otro (¿Quién/Cuando? _____) | |
- No

Southwest High School tiene un centro de salud ubicado en la oficina de la enfermera. Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender quien usa esta clínica:

19. ¿Alguna vez has utilizado la clínica de la escuela? **Si usted nunca ha visitado la clínica pase a la pregunta 21.**

- Sí
 No

20. **Por favor, seleccione todos los servicios** que corresponden con la razón por su visita:

- Tenia una enfermedad (Dolor de garganta, un resfriado, gripe etc.)
- Tenia una herida (Huesos quebrados, moretes, cortadas y torceduras)
- Tenia una problema físico (dolores de cabeza, dolor, dolor de estómago , mareos)
- Tenia dificultad para dormir
- Para obtener medicamentos de la enfermera de la escuela (Ibuprofeno, Tylenol etc.)
- Para obtener consejos sobre la nutrición de un educador de la salud
- Tenia un problema de salud mental
- Necesitaba un examen físico para jugar deportes
- Necesitaba un examen físico (no relacionado a los deportes)
- Necesitaba información de métodos anticonceptivo
- Necesitaba un método anticonceptivo (condónes, nexplanon etc.)
- Necesitaba una prueba de embarazo
- Necesitaba información sobre enfermedades transmitidas sexualmente (Herpes, Chlamydia etc.)
- Necesitaba protección contra enfermedades transmitidas sexualmente (condónes)
- Necesitaba pruebas para enfermedades transmitidas sexualmente
- Necesitaba tratamiento para una enfermedades de transmisión sexual
- Otra (¿Qué? _____)

Por favor, seleccione todos los servicios que corresponden con la razón por su visita

Recibí asesoramiento acerca de:

- Relaciones con miembros de la familia (e.g. padres, hermanos) o estrés en el hogar
- Relaciones con amigos (e.g. novio, novia, separación)
- Relacionado con las emociones (e.g. triste, deprimido, estrés, enfado, ansiedad etc.)
- Relacionado con temas sexuales (e.g. presión de los pares)
- Relacionado con la escuela (e.g. problemas con los grados)
- Relacionado con el alcohol o drogas
- Otro (Por favor especifique _____)
- No Aplica

21. Si usted no ha visitado la clínica, nos gustaría por qué. Por favor, seleccione los elementos relacionados con la razón por cual no ha visitado la clínica. **(Por favor seleccione todas las repuestas válidas)** Si usted ha visitado la clínica pase a la pregunta 22.

- Me preocupa que mis amigos sepan que he ido
- Me preocupa el precio
- No sabía que había una clínica
- No sabía de todos los servicios que se ofrecen en la clínica
- No tengo necesidad de ir a la clínica (Por favor, especifique: _____)
- Mi padre/tutor no ha firmado el formulario de consentimiento
- Tengo preocupaciones religiosas (Por favor, especifique: _____)
- Yo recibido servicios médicos fuera de la escuela
- Se me hace difícil hacer una cita
- Otro (Por favor, especifique: _____)

22. ¿Tiene seguro médico?

- Sí- **Por favor especifique el tipo**
 - MediCAL
 - Seguro por el trabajo de mis padres
 - Otro (¿Cuál? _____)
 - No sé
- No
- No sé

Si usted ha visitado la clínica por favor conteste las siguientes preguntas. Si usted nunca ha visitado la clínica pase a la pregunta 28:

23. ¿Durante el último año escolar, cuántas veces fue a la clínica de la escuela? _____ visitas

24. ¿Durante su última visita, que satisfecho estuvo con la ayuda que recibió?

Muy Satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy Insatisfecho

25. ¿Recomendaría usted la clínica a un compañero de clase?

Sí: ¿Por qué? _____

No: ¿Por qué? _____

26. ¿Ha recomendado la clínica a un compañero?

Sí: ¿Por qué? _____

No: ¿Por qué? _____

27. ¿Hay servicios que no ofrece la clínica que le gustaría que fueran ofrecidos?

Asesoramiento sobre la bebida, las drogas, o el tabaco

Asesoramiento de nutrición a través de las clases de educación de cocina

Educación para la salud impartido por estudiantes

Grupos de apoyo confidenciales

Otra recomendaría: _____

Ninguna de las anteriores

La siguiente pregunta es para ayudarnos a entender cómo interpretar los resultados de la encuesta.

28. ¿Que tan honestamente contesto esta encuesta?

Honesto/a: Contesto más de 3 preguntas de manera diferente que si estuviera solo/a

Mas honesto/a: Contesto de 1 – 3 preguntas de manera diferente que si estuviera solo/a)

Muy honesto/a: Contesto todas las preguntas de acuerdo a mis conocimientos y habilidad.

29. ¿Qué otros comentarios tiene que nos ayudaría mejorar la calidad de la clínica escolar?

Gracias por su participación en esta encuesta.