

**Encuesta**

**5º Básico 2020**

Estimados padres, madres y/o apoderados: necesitamos de su colaboración para responder esta encuesta, la información que usted entregue es confidencial y le permitirá a JUNAEB y a otros servicios públicos, conocer la condición de vulnerabilidad de su hijo/a y así entregar los servicios y beneficios adecuados a sus necesidades. Le solicitamos que pueda responder en forma fidedigna lo que se consulta en conjunto con el/la profesor/a jefe/a de su hijo/a, quien le orientará en las alternativas de respuesta.

JUNAEB COMPROMETE QUE ESTA ENCUESTA SÓLO SERÁ UTILIZADA PARA LA MEDICIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS Y LOS JÓVENES. LA INFORMACIÓN SERÁ RESGUARDADA SEGÚN ESTABLECE LA LEY N° 19.628 (SOBRE PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RBD: |  |  |  |  |  |  | - |  |

Curso

1. IDENTIFICACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

* 1. Residencia: Registre la región y comuna en que vive el/la estudiante

|  |  |
| --- | --- |
| Región | Comuna |
|  |  |

* 1. Nacionalidad Estudiante. 3. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si la nacionalidad es extranjera, ¿Cuál es el tiempo de residencia en Chile? Registrar el tiempo, independiente de su situación legal.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Años |  |  | Meses |  |  |

1. Nacionalidad de la Madre.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

7. Nacionalidad del Padre.

6. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Etnia: ¿El o la estudiante pertenece a algún pueblo originario?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. Si señaló SÍ, especifique la etnia que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aimara | Rapanui o Pascuense | Quechua | Mapuche | Lican Antai o Atacameña | Colla | Alacalufe o Kawashkar | Yagán o Yámana | Diaguita |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ANTECEDENTES DE LA FAMILIA

Responda registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente, o completando según la información solicitada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Quién contesta la encuesta? | Ambos padres | Sólo la madre | Sólo el padre | Otro familiar | Otro no familiar | Tutor o Apoderado Legal |
|  |  |  |  |  |  |

1. RUN Jefe/a de Familia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

1. ¿El/la Jefe/a de Familia posee RUN?

Responder sólo si dejó en blanco la pregunta B2.

acogida

o de

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estructura de la Familia.  Señale con una equis (X) en los casilleros respectivos todas las alternativas que correspondan según la pregunta: | Padre | Madre | Abuelo | Abuela | Hermano/a | Tío | Tía | Otro familiar | Otro no familiar | Familia de | Residencia Sename  protección | Nadie | No sabe |
| 4. ¿Con quién vive el/la estudiante? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Indique número de personas para cada parentesco marcado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Qué integrante del hogar es el/la Jefe/a de Familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. ¿Hay algún familiar, que viva con el/la estudiante, que por motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿Quién cuida del/la estudiante los días de semana, fuera del horario escolar? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿Quién apoya a el/la estudiante en las tareas escolares? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. ¿Quién se encarga del traslado del/la estudiante? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

11. ¿Cuántas personas, incluido/a el/la estudiante, viven en el hogar?

No contestan los/as estudiantes que viven en Residencia Sename o de protección.

Antecedentes de escolaridad y ocupación de los padres del/la estudiante

Marque con una (X) en la casilla correspondiente la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de la madre y el padre del/la estudiante. La escolaridad del/la Jefe/a de Familia sólo se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál fue el último año de estudios aprobado por: | Ningún curso aprobado | Enseñanza Básica | | | | | | | | Enseñanza Media | | | | Educación Superior | | | | | | | Post Grado | No sabe o no aplica |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 1º | 2º | 3º | 4º | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º |
| 12. la madre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. el padre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. el/la jefe/a de familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Marque con una equis (X) la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No tiene  Título | Título Técnico  de Liceo | Título Técnico  Profesional (CFT o IP) | Título  Universitario | No aplica  o no sabe |
| 15. La madre del Estudiante |  |  |  |  |  |
| 16. El padre del Estudiante |  |  |  |  |  |
| 17. El Jefe o Jefa de Familia |  |  |  |  |  |

Marque con una (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la estudiante durante los últimos 6 meses. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

cesante

o Patrón/a

Cuenta Propia

Privado (Empleado/a,

del Sector Público

Doméstico Puertas

Doméstico Puertas

o Personal No

Pensionado/a

de Casa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál es la ocupación... | Se encuentra | Empleador/a | Trabajador/a por | Asalariado/a del Sector  Obrero/a, Jornalero/a) | Asalariado/a | Personal de Servicio  Adentro | Personal de Servicio  Afuera | Trabajo Familiar  Remunerado | Jubilado/a o | Dueña | Estudiante | No sabe o No Aplica |
| 18. de la madre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. del padre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. del/la jefe/a de e familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Antecedentes de la vivienda del/la estudiante

Responder señalando con una (X) en el casillero correspondiente:

21. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan sólo para dormir? No contestan estudiantes que viven en Residencia SENAME o de protección. Se debe contestar con números, según corresponda.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sabe |
| 22. El/la estudiante, ¿tiene una cama de uso exclusivo para él/ella? |  |  |  |
| 23. El/la estudiante, ¿comparte la cama con otras personas regularmente? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No, pero se habilita  cuando se necesita | No  sabe |
| 24. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la estudiante, que le permita realizar sus tareas escolares y guardar sus pertenencias? |  |  |  |  |
| 25. ¿Existe en la vivienda o inmediatamente fuera de ella, un espacio habilitado para el uso del o la estudiante, que le permita realizar actividades en su tiempo libre? |  |  |  |  |

1. ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA EN PRIMERA INFANCIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Años | No sabe |
| 1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la estudiante? |  |  |
| 2. ¿Qué edad tenía la madre del/la estudiante al momento de su primer parto? |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. ¿Cuánto pesó el o la Estudiante al nacer? | | | | | | No sabe |
|  | , |  |  |  | Gramos |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos). | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

Señalar con una (X) en el casillero correspondiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. El/la estudiante, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA? | | | | |
| No recibió lactancia materna | Entre 1 y 4 meses | Entre 5 y 6 meses | Más de 7 meses | No sabe |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| El/la estudiante asistió a: | Sí | No | No sabe |
| 6. Sala Cuna |  |  |  |
| 7. Jardín Infantil (Nivel Medio) |  |  |  |
| 8. Pre Kínder (Transición I) |  |  |  |
| 9. Kínder (Transición II) |  |  |  |

Marque con una (X) en la casilla correspondiente la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la estudiante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí,  siempre | Sólo en algunos  períodos de tiempo | No,  nunca | No  aplica | No  sabe |
| 10. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la estudiante? (hace actividades con él o ella, le ayuda con las tareas, lo/a lleva al médico, etc.) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí,  siempre | Sí, pero insuficientes  o esporádicos | Nunca | No  aplica | No  sabe |
| 11. ¿Existe una figura paterna que aporte recursos económicos para la crianza del/la estudiante? |  |  |  |  |  |

1. SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

Teniendo en cuenta la salud del/la estudiante en el ÚLTIMO MES, la ayuda que recibe de personas, la utilización de algún elemento de apoyo o cualquier medicamento que tome y, comparado/a con otras u otros jóvenes de la misma edad, responder:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nada problemático | Levemente problemático | Moderadamente problemático | Severamente problemático | Extremadamente problemático/No puede hacerlo | No sabe |
| 1. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante completar una tarea? |  |  |  |  |  |  |
| 2. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante hacer las tareas, tal y cómo se le piden en la escuela? |  |  |  |  |  |  |

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la estudiante para realizar ciertas actividades, debido SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD y **sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le ayuda.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna  dificultad | Dificultad  leve | Dificultad  moderada | Dificultad  severa | Dificultad extrema/  Imposibilidad | No sabe |
| 3. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes? |  |  |  |  |  |  |
| 4. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos? |  |  |  |  |  |  |
| 5. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar? |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros? |  |  |  |  |  |  |
| 7. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender? |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otros/as estudiantes? |  |  |  |  |  |  |

Marque con una (X) en el casillero correspondiente:

1. En relación a lo que el/la estudiante necesita, indique cuál es su percepción respecto a lo siguiente: ¿Hasta qué punto el establecimiento le facilita o dificulta hacer las actividades que debe realizar en él?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Facilita mucho |  | Facilita poco |  | Ni facilita ni dificulta |  | Dificulta poco |  | Dificulta mucho |  | No sabe |  | No responde |  |

1. Debido a su salud, ¿el/la estudiante utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor?

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentes  ópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,  lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para la  comunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (por  ejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otro  intérprete, por ejemplo labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicional  para los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud?

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentes  ópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,  lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para la  comunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (por  ejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otro  intérprete, por ejemplo labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicional  para los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la estudiante?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Desnutrido/a | Bajo peso | Peso normal | Sobrepeso | Obeso/a |
|  |  |  |  |  |

1. El/la estudiante, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un largo período de tiempo?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

1. Si respondió SÍ en la pregunta D14: Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asma | Bronco  Pulmonar | Diabetes  tipo I | Diabetes  tipo II | Epilepsia | Obesidad | Enfermedad  Celíaca | Dislipidemia | Alergia  alimentaria | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Si respondió SÍ en la pregunta D14:

1. Indique la cantidad de días de inasistencia a clases del/la estudiante en los últimos 12 meses debido a la enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninguno | Entre 1 y 5 días | Entre 6 y 10 días | Más de 10 días | No sabe |
|  |  |  |  |  |

1. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el/la estudiante ha visitado al dentista?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 vez | 2 veces | Más de 2 veces | No lo ha visitado | No sabe |
|  |  |  |  |  |

1. Si la estudiante es mujer, ¿tuvo ya su menarquia (primera regla)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

20. El o la estudiante, ¿tiene hijos/as nacidos/as o en gestación?

19. Si respondió Sí a la pregunta anterior, indique la fecha aproximada en que la estudiante tuvo su primera menstruación.

|  |  |
| --- | --- |
| Mes | Año |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. CONTEXTO FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| representa la situación de la familia. Recuerde que todas las preguntas son estrictamente  confidenciales. | Sí | No | No desea  contestar | No  sabe |
| 1. ¿Alguna de las personas que viven con el/la estudiante, ha estado privada de libertad? |  |  |  |  |
| 2. ¿Algún integrante de la familia, que tenga contacto habitual con el/la estudiante, ha tenido problemas en la familia, en el barrio o en el trabajo por el consumo de alcohol y/o drogas? |  |  |  |  |
| 3. El/la estudiante, ¿ha realizado en una o más oportunidades algunas de las siguientes conductas: consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. Dentro del hogar, ¿existe un /a niño /a y/o joven en edad escolar que realice algún tipo de trabajo? | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

Si respondió Sí en la pregunta anterior, marque en la casilla la opción que corresponda en cada una de las siguientes preguntas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | | 6. | | 7. | |
| Trabaja y estudia | Sólo trabaja | El trabajo que realiza es remunerado | El trabajo que realiza no es remunerado | Trabaja dentro del hogar | Trabaja fuera del hogar |
|  |  |  |  |  |  |

1. El/la cuidador/a principal, ¿lee frecuentemente diarios, revistas, libros, internet o cualquier otro medio de lectura?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. Si respondió No en la pregunta anterior, marque en la casilla la opción que corresponda:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No sabe leer | Falta de recursos | No es de su interés | No sabe |
|  |  |  |  |

1. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la estudiante participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Considerando por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosas, entre otras).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. ESTILO DE VIDA, CARACTERÍSTICAS Y EXPECTATIVAS DEL/LA ESTUDIANTE

Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la frecuencia con que el/ la estudiante realiza lo siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Siempre | Frecuentemente | Pocas veces | Casi nunca | Nunca |
| 1. Lee libros fuera del plan de lectura obligatoria del establecimiento |  |  |  |  |  |
| 2. Se reúne a conversar y compartir con sus amigos/as y/o pololo/a |  |  |  |  |  |
| 3. Asiste a actividades culturales y/o artísticas por iniciativa propia (exposiciones de artes visuales, obras de teatro, danza, recitales, etc.) |  |  |  |  |  |
| 4. Participa en juegos y actividades físicas recreativas junto a otros/as jóvenes |  |  |  |  |  |
| 5. Expresa sus sentimientos o emociones hacia los demás (ej.: alegría, pena, rabia, etc.) |  |  |  |  |  |
| 6. Demuestra confianza y seguridad en sí mismo/a |  |  |  |  |  |

7. ¿El o la estudiante, tiene acceso a algún medio tecnológico digital cómo PC, celular, Smartphone, Tablet, Notebook? Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

9. ¿El o la estudiante, participa a lo menos una vez al mes en algún grupo u organización? Marque con una equis

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deportiva | Recreativa | Scouts | Religiosa | Artístico/ Cultural | Estudiantil | Ecológico o medioambiental | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(X) en el casillero que corresponde.

8. Si señala SÍ, ordenar de 1 a 7 para que lo utiliza (el 1 corresponde al mayor uso y el 7 al menor uso):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jugar | Hacer tareas | Dibujar, pintar, escribir | Conectarse a redes sociales | Escuchar música o ver videos | Sacar fotografías y/o grabar videos | Buscar temas de interés  propio |
|  |  |  |  |  |  |  |

10. Si responde SÍ, señalar en cual(es) de las siguientes organizaciones participa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. En los últimos 7 días, señale con qué frecuencia el/la estudiante realizó más de 30 minutos de actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa, fuera de las horas de clases de Educación Física. | Ninguna vez | 1 vez a la semana | 2 a 3 veces a la semana | 4  veces | 5 o más veces | No sabe No responde |
|  |  |  |  |  |  |

Hábitos de sueño

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar el horario habitual de lunes a viernes en que el/la estudiante… | Hora | Minutos | No sabe |
| 12. Se despierta en la mañana |  |  |  |
| 13. Se duerme en la noche |  |  |  |

14. ¿Duerme siesta el/la estudiante? (lunes a viernes)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

15. Si en la pregunta anterior señaló Sí, debe indicar la cantidad en MINUTOS (1 hora = 60 minutos)

Considerando la ÚLTIMA SEMANA, ¿con qué frecuencia el/la estudiante presenta algún problema asociado al sueño que interfiere en su funcionamiento normal diario?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna vez | 1 vez a la semana | 2 a 3 veces | 4 veces | 5 o más veces | No sabe o No  responde |
| 16. Fatiga diurna: cansancio, somnolencia |  |  |  |  |  |  |
| 17. Dificultad para funcionar: disminución del rendimiento en el trabajo o en las tareas diarias, dificultades de concentración, problemas de memoria |  |  |  |  |  |  |
| 18. Problemas del estado de ánimo: irritabilidad, tensión, nerviosismo, cambios bruscos de ánimo, depresión, ansiedad, malhumor, hostilidad y confusión |  |  |  |  |  |  |
| 19. Síntomas físicos: dolores o molestias musculares |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. En relación a sus expectativas en cuanto a la educación de su hijo  /a o pupilo/a, ¿cuál cree que es el nivel de educación más alto que el/ la estudiante podrá completar en  el futuro? | No terminará la Enseñanza Básica | Completará la Enseñanza Básica | Completará la Enseñanza Media | Obtendrá un Título Técnico | Obtendrá un Título Profesional |
|  |  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD DE LOS Y LAS ESTUDIANTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Peso (kgs) | Estatura (cms) | Fecha de Medición | | | Sólo en el caso de estudiantes mujeres, ¿está embarazada de más de 3 meses o tiene un bebé de  menos de 1 año? | | Problema Visión | | Problema Audición | | Necesidad Dental | | Caries\* | Compromiso estudios\*\* | Conducta  acorde a normativa\*\* | Buenas  relaciones Compañeros/as\*\* | Buenas relaciones profesorado\*\* |
| Día | Mes | Año | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1 | , |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Complementar con números de alternativa que corresponda según los códigos indicados en instructivos:

**1. UNA CARIE; 2. DOS O MÁS CARIES; 3. NO SE OBSERVAN CARIES; 4. NO SE PUEDE EVALUAR.**

\*\*Complementar con números de alternativa que corresponda según los códigos indicados en instructivos:

**1. SIEMPRE; 2. FRECUENTEMENTE; 3. POCAS VECES; 4. CASI NUNCA; 5. NUNCA.**



**Gracias por contestar esta encuesta. Las respuestas entregadas nos permiten seguir cumpliendo con el compromiso de Junaeb: la educación de todas las niñas y niños.**