

Oficina de Políticas de Drogas

Formulario de consentimiento de los padres de la encuesta del estudiante (Rechazar la participación)

Nuestro objetivo en _____ es que cada niño tenga una experiencia satisfactoria y agradable que ayuda a prepararlo para el futuro. En particular, deseamos proporcionar a los niños el conocimiento, las habilidades y capacidades para *resistir* la atracción y las presiones para consumir alcohol, tabaco y otras drogas.

Para ayudarnos a comprender qué tan bien estamos cumpliendo con esta meta, su hijo tendrá la oportunidad de responder algunas preguntas sobre su experiencia con nuestro programa.

Las preguntas que deseamos hacerle a su hijo se centran en la eficacia de nuestro programa y no en usted como padre. Por lo tanto, nos gustaría pedirle a su hijo que complete una o más encuestas que nos ayudarán a determinar si nuestro programa está cumpliendo las necesidades de su hijo y si el programa está cumpliendo con nuestro objetivo de prevenir el consumo de sustancias en los niños. Las preguntas de su hijo se le puede hacer incluir preguntas sobre sus habilidades interpersonales y su satisfacción con el programa, así como preguntas relacionadas con el conocimiento, las actitudes y el uso de alcohol y drogas de su hijo. Todos los elementos de la encuesta se han validado para garantizar la idoneidad y el ajuste para la edad, con respecto al propósito de los programas.

Todas las respuestas de su hijo a las preguntas de la encuesta serán completamente **ANÓNIMAS** y **CONFIDENCIALES**. Las respuestas proporcionadas por su hijo se combinarán con datos de otros estudiantes y se informarán solo en forma de grupo. No La información de identificación personal se recopilará en las encuestas y no habrá forma de identificar a su hijo y su o sus respuestas individuales en los informes. El resumen de respuestas solo se utilizará para evaluar la eficacia.

Las encuestas se adjuntan para su revisión, si tiene preguntas adicionales no dude en comunicarse con _____, el facilitador del programa en _____.

Su hijo NO tiene que responder preguntas para participar en nuestro programa. La participación de su hijo en la encuesta es completamente VOLUNTARIO. Su hijo puede retirarse de la encuesta en cualquier momento. Si NO quiere que su hijo participe en la encuesta, firme el formulario adjunto y devuélvalo al maestro de su hijo antes de _____. Si tu Si desea que su hijo participe en la encuesta, no es necesario que devuelva el formulario adjunto. Sin embargo, se le aconseja para conservar esta carta para sus registros.

SOLOS - Si **NO da permiso** para que su hijo participe en una encuesta para evaluar el impacto de este abuso de sustancias regrese firmado esta hoja. programa de prevención, devuelva este formulario firmado antes de _____.

No doy permiso de mi hijo/a en participar en la encuesta del programa.
Escriba claro y en letra de molde

Nombre de hijo/a

Escuela de hijo/hija

Firma de Padre/Tutor

Nombre en letra de molde de Padre/Tutor

___/___/___ Fecha

¿Que equivocado crees que es para alguien de tu edad? ...

	No estoy equivocado	Un poco equivocado	equivocado	Muy equivocado
24. ¿Beber alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Tomar cinco o más bebidas alcohólicas una o dos veces por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Use tabaco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Use marihuana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Use indebidamente medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Use dispositivos electrónicos de vapeo (incluidos cigarrillos electrónicos, bolígrafos vapeadores o JUUL)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué tan malo creen tus amigos que sería que TÚ ...

	No estoy equivocado	Un poco equivocado	equivocado	Muy equivocado
30. ¿Bebas alcohol?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Tomas cinco o más bebidas alcohólicas una o dos veces por semana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Usar tabaco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Usar marihuana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Usar indebidamente medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Usar dispositivos electrónicos de vapeo (incluidos cigarrillos electrónicos, bolígrafos vapeadores o JUUL)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué tan seguro estás de que podrías decir NO a las drogas o al alcohol si realmente quisieras?

	No estoy seguro de poder decir que no	Estoy ligeramente seguro de que puedo decir que no	Estoy algo seguro que puedo decir que no	Estoy mayorment e seguro decir que no	Estoy completamente seguro de que puedo decir que no
36. ¿Estás en una fiesta donde la mayoría de la gente lo usa??.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Un amigo muy cercano te sugiere que lo uses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Estás solo en casa y te sientes triste o aburrido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Estás en propiedad de la escuela y alguien lo ofrece?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Estás en casa de un amigo que sus padres no están en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 6 meses ...

	Sí	No
41. ¿Has hablado con al menos uno de sus padres / cuidadores sobre los peligros del tabaco consumo de alcohol o drogas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Usted y alguno de sus padres / cuidadores han hablado sobre las reglas o expectativas familiares sobre usando drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responda la siguiente pregunta solo al final del programa:

43. ¿tomaste la encuesta al principio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

44.¿En que nivel estás?

- 6 10
- 7 11
- 8 12
- 9

45. ¿Cuál es tu género?

- masculino
- femenina
- otro
- no prefiero contestar

46. ¿Cuál es su raza / etnia? (Marque todo lo que corresponda)

- blanco
- negro o afroamericano
- hispano o latino / a
- asiático
- nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico
- indio americano / nativo de Alaska

¡Gracias por participar en esta encuesta!