

## 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

Esta encuesta está diseñada para brindarnos información sobre sus conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Responda a todas las preguntas con sinceridad. Sus respuestas son confidenciales, nadie sabrá nunca cómo respondió. Por favor, marque la que mejor se ajuste a su respuesta. No ponga su nombre en este formulario.

Por favor, complete la casilla para su respuesta.:

Como este:  NO como este:

¿Con qué frecuencia haces lo siguiente? ...	Nunca	Algunas veces	Mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1. ¿Intentas ser un buen amigo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tratas a los demás como te gusta que te traten a ti? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Piensas en cómo se sienten los demás? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Respetas a los demás?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

¿Que tan mal crees que es para alguien de tu edad? ...	No es malo	Un poco de mal	Mal	Muy mal
5. ¿Bebe cerveza, vino o licor (alcohol)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Fumar cigarrillos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Fumas marihuana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Usar productos electrónicos de vapor (incluidos cigarrillos electrónicos, vape pen o JUUL)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

¿Crees que las personas podrían lastimarse el cuerpo si? ...	De ningún modo	Un poco	Más que un poco	Mucho
9. ¿Bebe cerveza, vino o licor (alcohol)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Fumar cigarrillos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Fumas marihuana? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Usar productos electrónicos de vapor (incluidos cigarrillos electrónicos, vape pen o JUUL)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor continúa en el otro lado

Díganos qué tan fácil o difícil es para ti cada uno de los siguientes:

Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil
-----------	-------	---------	-------------

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Sabiendo formas en que me calmo.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sabiendo las emociones que siento.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sabiendo cuales son mis puntos fuertes.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Saber cuándo mis sentimientos me dificultan concentrarme.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Establecer metas para mí.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Llevarse bien con mis compañeros .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Respetar la opinión de un compañero de clase durante un desacuerdo ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Pensar en lo que podría suceder antes de tomar una decisión. ....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Saber lo que está bien o mal .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En los últimos 6 meses ...

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 22. ¿Has hablado con al menos uno de sus padres / cuidadores sobre los peligros del consumo de tabaco, alcohol o drogas? .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Has hablado con tus padres / cuidadores sobre las reglas o expectativas del hogar sobre el consumo de tabaco, alcohol o drogas? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Responda la siguiente pregunta solo al final del programa:

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 24. ¿Tomastes esta encuesta al comienzo del programa?? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. ¿En qué nivel estás?

- 4°
- 5°

26. ¿Cuál es tu género?

- masculino
- femenina
- otro
- no prefiero decir

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

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

¡Gracias por participar en esta encuesta!

REGIÓN

School

CLASE

Esta encuesta está diseñada para brindarnos información sobre sus conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Responda a todas las preguntas con sinceridad. Sus respuestas son confidenciales, nadie sabrá nunca cómo respondió. Por favor, marque la que mejor se ajuste a su respuesta. No ponga su nombre en este formulario.

Por favor, complete la casilla para su respuesta:

Como este:  NO como este  **Durante los últimos 30 días, ¿alguna vez ...**

	Sí	No
1. ¿Tomaste bebidas alcohólicas (cerveza, vino o licor fuerte), más que unos pocos sorbitos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tomaste 5 o más tragos de una bebida alcohólica seguidos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usaste tabaco en cualquier forma (incluidos cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, salsa o vaporizador)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Usaste marihuana en cualquier forma (incluida marihuana, hierba, comestibles o vape)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Utilizaste indebidamente medicamentos recetados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Utilizaste dispositivos electrónicos de vapeo (incluidos cigarrillos electrónicos, bolígrafos vapeadores o JUUL)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Durante los últimos 30 días, ¿crees que tus amigos alguna vez? ...**

	Sí	No
7. ¿Bebieron bebidas alcohólicas (cerveza, vino o licor fuerte), ¿más que unos pocos sorbos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tomaron 5 o más tragos seguidos de una bebida alcohólica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Usaron tabaco en cualquier forma (incluidos cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, dip o vaporizador)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Usaron marihuana en cualquier forma (incluida marihuana, hierba, comestibles o vape)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Usaron medicamentos recetados mal utilizados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Usaron dispositivos electrónicos de vapeo (incluidos cigarrillos electrónicos, bolígrafos vapeadores o JUUL? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Marca solo una respuesta para cada pregunta.  
Selecciona la respuesta que mejor te representa.**

	Nunca	Algunas veces	Mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
13. ¿Con qué frecuencia te detiene a pensar en sus opciones antes de hacer una decisión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Con qué frecuencia te detiene a pensar en cómo pueden afectar sus decisiones los sentimientos de los demás?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Con qué frecuencia te detiene y piensa en todas las cosas que pueden suceder como resultado de tus decisiones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tomo buenas decisiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Cuánto crees que las personas se arriesgan a hacerse daño físico y de otras formas cuando lo hacen? ...**

	Sin riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo
17. ¿Fuman uno o más paquetes de cigarrillos al día?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Usan tabaco de mascar, rapé o salsa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Usan marihuana una o dos veces por semana? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Toman una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Toman cinco o más tragos de una bebida alcohólica una o dos veces por semana?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Usan indebidamente medicamentos recetados? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usan dispositivos electrónicos de vapeo (incluidos cigarrillos electrónicos, bolígrafos vapeadores o JUUL)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿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!***