



ID

Parent Questionnaire

Como padre o tutor de un estudiante de **kínder hasta tercer grado**, está invitado a completar el *Censo Estudiantil* de la Junta Escolar del Distrito de Peel en representación de su niño. Le tomará aproximadamente 30 minutos completar este cuestionario, que ayudará a la Junta de Peel a:

- Entender mejor a las poblaciones estudiantiles y a las comunidades escolares.
- Identificar y eliminar barreras para el éxito, inclusión y bienestar de los estudiantes.
- Establecer programas efectivos y reasignar recursos donde sean más necesarios.

La participación en el *Censo Estudiantil* es voluntaria. Sin embargo, mientras más alto sea el índice de finalización, más rica y confiable será la información para la mejora de la escuela y la planificación de programas.

Si tiene varios niños entre kínder y tercer grado, llene un **cuestionario por separado para cada uno** usando el cuestionario etiquetado con el nombre de ese niño.

A continuación, algunos recordatorios antes de empezar:

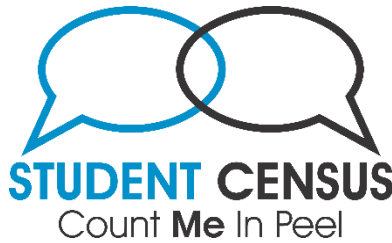
- Asegúrese de que **la página del medio del cuestionario en inglés tenga el nombre de su niño**. Si el nombre del niño no está en la parte superior de esa página, devuelva el cuestionario de inglés al maestro de su niño y solicite el cuestionario correcto.
- Esto no es una prueba: **no hay respuestas incorrectas**, solo lo que es correcto para usted y su niño.
- Se le recomienda completar el censo **con su niño** para tomar en cuenta sus ideas y experiencias.
- Utilice un **lápiz o un bolígrafo oscuros** para rellenar los círculos completamente, para que luzcan de esta manera: ●
Si comete un error, **borre** el círculo lleno **por completo** y luego marque con un círculo la respuesta correcta. Si utilizó un bolígrafo, coloque una X sobre la respuesta incorrecta y marque con un círculo la respuesta correcta: ✕ ○ ○ ●
- Puede **omitir** cualquier pregunta y pasar a la siguiente.
- Cuando haya terminado:
 1. Retire la página del medio del cuestionario en inglés.
 2. Coloque su cuestionario traducido completo **y el cuestionario en blanco en inglés** en el sobre suministrado. Su censo completado ahora no tiene nombre. Esto es para que podamos mantener sus respuestas de forma **privada y confidencial**. Si no recibió un sobre con este cuestionario, puede usar cualquiera que tenga disponible.
 3. Selle el sobre cerrado y envíelo de vuelta a la escuela de su niño **antes del 30 de noviembre**.

Para obtener más información, visite www.peelschools.org/studentcensus o póngase en contacto con el Departamento de Investigación y Rendición de Cuentas de la Junta de Peel a través del 905-890-1010 ext. 3523 o de studentcensus@peelsb.com.

Gracias por su apoyo continuo mientras animamos a cada estudiante a tener éxito, confianza y esperanza.

El *Censo Estudiantil* es confidencial, pero no anónimo. La escuela de su niño no verá ni tendrá acceso a sus respuestas. Cada escuela enviará su sobre sellado a una compañía externa y segura contratada por la Junta de Peel para escanear y procesar las respuestas. Únicamente el personal autorizado de investigación de la Junta de Peel accederá a la información para identificar y resumir las tendencias entre los estudiantes de Peel. Los cuestionarios individuales de los padres no serán analizados.

La Junta de Peel está comprometida con el más alto nivel de privacidad y confidencialidad en la recopilación de información sobre los estudiantes y sigue todos los requisitos de privacidad delimitados en la Ley de Libertad de Información y Protección de la Privacidad Municipal (Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act, MFIPPA). La información obtenida en el *Censo Estudiantil* se recopila conforme a la autoridad legal de la Ley de Educación (Estatutos Revisados de Ontario [Revised Statutes of Ontario, R.S.O.] 1990, capítulo E. 2, en su forma enmendada) solamente para propósitos educativos y de investigación.



ID

[Empty box for ID]

Parent Questionnaire

PREGUNTAS SOBRE SU HIJO

1. ¿Cuál fue el primer idioma (o idiomas) que aprendió su hijo en el hogar que aún entiende? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Radio buttons for languages: Lenguaje de señas (EE.UU.), Árabe, Bengali, Cantonés, Darí, Inglés, Francés, Griego, Guyaratí, Hebreo, Hindú, Inuktitut, Coreano, Mandarín, Michif, Mohicano, Ojibwa, Persa o farsi, Punjabi, Ruso, Somalí, Español, Tagalo, Tamil, Urdu, Otro, especifíquelo en el cuadro:

[Empty box for 'Otro' response]

2. ¿Qué idioma (o idiomas) habla su hijo con más frecuencia en casa? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Radio buttons for languages: Lenguaje de señas estadounidense, Árabe, Bengali, Cantonés, Darí, Inglés, Francés, Griego, Guyaratí, Hebreo, Hindú, Inuktitut, Coreano, Mandarín, Michif, Mohicano, Ojibwa, Persa o farsi, Punjabi, Ruso, Somalí, Español, Tagalo, Tamil, Urdu, Otro, especifíquelo en el cuadro:

[Empty box for 'Otro' response]

3. ¿Cuáles son los orígenes étnicos o culturales de su hijo? (Especifíquelo en el cuadro. Puede especificar más de uno).

[Empty box for ethnic/cultural origins]

(Ejemplos: afgano, estadounidense, anishinaabe, árabe, bengalí, canadiense, chino, colombiano, cree (cri), cubano, holandés, indio del este, inglés, etíope, filipino, francés, francocanadiense, alemán, griego, guyanés, haudenosaunee, húngaro, indio, inuit, iraní, irlandés, italiano, jamaicano, judío, keniano, coreano, libanés, métis, mi'kmaq, nigeriano, ojibway, paquistaní, polaco, portugués, romaní, ruso, escocés, somalí, esrilanqués, sirio, trinitario, ucraniano, etc.)

4. ¿Su hijo se identifica como miembro de las Naciones Originarias de Canadá (registrados o no registrados), métis o inuit? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Radio buttons for: No, Sí, de las Naciones Originarias de Canadá (p. ej., cree, mohicano, ojibwa), Sí, métis, Sí, inuit, No lo sé, Otra identidad indígena; especifíquela en el cuadro:

[Empty box for 'Otra identidad indígena' response]

5. ¿Cuál de las siguientes opciones **describe mejor** los **orígenes raciales** de su hijo? (Marque todas las opciones que correspondan)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Negro (p. ej., descendiente africano, afrocaribeño, afrocanadiense) | <input type="radio"/> Asiático del sur (p. ej., descendiente indio, paquistaní, esrilanqués, bangladés) |
| <input type="radio"/> Asiático del este (p. ej., descendiente chino, coreano, japonés, taiwanés) | <input type="radio"/> Asiático del sudeste (p. ej., descendiente filipino, vietnamita, malayo) |
| <input type="radio"/> Descendiente de un miembro de las Naciones Originarias de Canadá o de los pueblos Métis o Inuit | <input type="radio"/> Blanco (p. ej., descendiente inglés, italiano, alemán, europeo) |
| <input type="radio"/> Latinoamericano (p. ej., descendiente brasileño, mexicano, cubano, chileno) | <input type="radio"/> No lo sé |
| <input type="radio"/> Del de Medio Oriente (p. ej., descendiente egipcio, emiratí, saudí) | <input type="radio"/> Prefiero no responder |
| | <input type="radio"/> Otro, especifíquelo en el cuadro:
<input type="text"/> |
6. ¿Cuál es la **identidad de género de su hijo**? (Marque todas las opciones que correspondan)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> No estoy seguro de entender la pregunta |
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Otra, especifíquela en el cuadro: (p. ej., género fluido, no binario, género no conforme, transgénero, dos espíritus) |
| <input type="radio"/> Intersexual | |
| <input type="radio"/> Género cuestionado | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Prefiero no responder | |
7. ¿Cuál es la **religión** o **fe** de su hijo? (Marque todas las opciones que correspondan)
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Agnosticismo (agnóstico) | <input type="radio"/> Judaísmo (judío) |
| <input type="radio"/> Ateísmo (ateo) | <input type="radio"/> Sijismo (sij) |
| <input type="radio"/> Bahá'í (Bahá'ís) | <input type="radio"/> Espiritual (mas no religioso) |
| <input type="radio"/> Budismo (budista) | <input type="radio"/> Wicca |
| <input type="radio"/> Cristianismo (cristiano) | <input type="radio"/> Zoroastrismo |
| <input type="radio"/> Hinduismo (hindú) | <input type="radio"/> Prefiero no responder |
| <input type="radio"/> Espiritualidad indígena | <input type="radio"/> Sin religión |
| <input type="radio"/> Islamismo (musulmán) | <input type="radio"/> Otra, especifíquela en el cuadro:
<input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Jainismo (jainista) | |
8. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes **discapacidades (impedimentos/dificultades)**? (Marque todas las opciones que correspondan)
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Afección de salud crónica (p. ej., epilepsia, parálisis cerebral, espina bífida, fibrosis quística, etc.) | <input type="radio"/> Relacionadas con el dolor (p. ej., dolencias crónicas o incomodidad causada por una enfermedad, lesión o afección) |
| <input type="radio"/> Relacionadas al desarrollo (p. ej., síndrome de Down, autismo o retraso general, etc.) | <input type="radio"/> Psicológicas (p. ej., afecciones emocionales o conductuales) |
| <input type="radio"/> Relacionadas con la destreza (p. ej., dificultad para usar las manos/dedos para asir/sujetar objetos pequeños como lápices o tijeras) | <input type="radio"/> Relacionadas con el habla (p. ej., dificultad para hablar o para que le entiendan) |
| <input type="radio"/> Auditivas (p. ej., dificultad para escuchar sonidos) | <input type="radio"/> Relacionadas con la vista (p. ej., dificultar para ver) |
| <input type="radio"/> Relacionada al aprendizaje (p. ej., dificultad para aprender debida a problemas de atención, hiperactividad o dislexia, etc.) | <input type="radio"/> No lo sé |
| <input type="radio"/> Relacionadas con la memoria (p. ej., dificultad para recordar información) | <input type="radio"/> Otro, especifíquelo en el cuadro:
<input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Relacionadas con la salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, etc.) | <input type="radio"/> No, ninguna de las anteriores |
| <input type="radio"/> Movilidad (p. ej., dificultad para caminar en superficies planas y estables como aceras o pisos) | |

9. ¿Su hijo asistió regularmente a alguno de los siguientes programas **antes de entrar al jardín de infancia?** (Marque todas las opciones que correspondan o "No" si ninguna corresponde)

- Cuidado infantil autorizado/centro de guardería o preescolar (p. ej., PLASP, YMCA, Family Day, etc.)
- Servicios de cuidado infantil autorizado prestados en el hogar de alguna persona (p. ej., Wee Watch)
- Servicio privado de cuidado infantil en el hogar prestado por alguien **sin parentesco** (p. ej., nana, niñera, etc.)
- Servicio privado de cuidado infantil en el hogar prestado por **un familiar** (p. ej., abuelo(a), tío(a), etc.)
- Programas para niños y familias (p. ej., Ontario Early Years Centres o EarlyON Child and Family Centres, Parenting and Family Literacy Centres, etc.)
- Otro, especifíquelo en el cuadro:
- No, ninguna de las anteriores

10. ¿Su hijo **asiste actualmente** a alguno de los siguientes programas antes o después de la escuela? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Programa de cuidado infantil en la escuela de su hijo
- Programa de cuidado infantil fuera de la escuela de su hijo
- Programa comunitario, recreativo o deportivo (p. ej., Club de niños y niñas, karate, YMCA)
- Cuidado infantil en el hogar (p. ej., por alguien sin parentesco como nana, niñera, etc.)
- Otra, especifíquela en el cuadro:
- No, ninguna de las anteriores

11. ¿Cómo se **traslada a la escuela** su hijo? (Marque una opción)

- Caminando
- En el autobús escolar
- En automóvil
- En bicicleta
- En transporte público (p. ej., autobús, taxi)
- Otro

12. ¿Cómo se traslada su hijo **desde la escuela a la casa?** (Marque una opción)

- Caminando
- En el autobús escolar
- En automóvil
- En bicicleta
- En transporte público (p. ej., autobús, taxi)
- Otro

13. Con qué frecuencia participa su hijo en estas actividades fuera de la escuela:	Nunca	Unas pocas veces al año	Mensualmente	Semanalmente
a) Artes (p. ej., música, teatro, danza)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Grupos culturales, actividades religiosas o de fe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Actividades de voluntariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Tiempo con los amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Aprender otro idioma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Actividades de aprendizaje (p. ej., tutorías, Kumon, Oxford, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. En promedio, ¿cuántas horas **duerme normalmente** su hijo en una **noche antes de la escuela?** (Marque una opción)

- Menos de 5 horas
- 5 horas
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas
- 11 horas o más

h) Situación laboral de esta persona: *(Marque una opción)*

- Actualmente desempleado/buscando empleo Trabajando tiempo completo (35 horas por semana o más)
 Trabajando a tiempo parcial (menos de 35 horas por semana) Padre/tutor en casa

17. ¿Cuál fue el **ingreso familiar total** de su familia el año pasado?

- Menos de \$30.000 \$100.000 - \$149.999
 \$30.000 - \$49.999 Más de \$150.000
 \$50.000 - \$74.999 Prefiero no responder
 \$75.000 - \$99.999

18. ¿Cuántos **adultos** (mayores de 18 años) viven actualmente en su hogar?

- 1 3 5
 2 4 6 o más

19. ¿Cuántos **niños** (menores de 18 años) viven actualmente en su hogar?

- 1 3 5 o más
 2 4

PREGUNTAS SOBRE LA ESCUELA DE SU HIJO

20. ¿Cómo se siente sobre la escuela de su hijo ?	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro
a) Me siento bien recibido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Considero que se respetan las diferencias entre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Considero que las normas de la escuela se aplican a mi hijo de forma justa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Considero que mi hijo recibe el apoyo que necesita para aprender de la mejor forma posible dentro de sus capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Me siento cómodo conversando con el personal de la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Con qué frecuencia:	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro	No aplica
a) Asiste a las reuniones y eventos en la escuela de su hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Se ofrece como voluntario en la escuela de su hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Lee con su hijo en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ayuda a su hijo con sus tareas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Asiste a las entrevistas de padres/docentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Se comunica con los docentes de su hijo o con la escuela (p. ej., por teléfono, correo electrónico o agenda del niño)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Recibe comunicados (p. ej., notas en la agenda de su hijo, mensajes telefónicos) de parte de la escuela de su hijo acerca de cómo puede apoyar o mejorar el aprendizaje en el hogar de su hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. ¿Con qué frecuencia se siente preocupado por su hijo por alguna de las siguientes razones?	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro
a) Rendimiento académico (p. ej., dificultades de aprendizaje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Conducta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Seguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Hostigamiento (bullying)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Considero que en la escuela de mi hijo la gente como él/ella es representado(a) positivamente en:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No estoy seguro
a) Las fotos, carteles y exhibiciones del trabajo de los estudiantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Los materiales que usan los docentes en clase (p. ej., libros, videos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Los temas que estudian en clase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Los eventos y actividades escolares (p. ej., actividades extracurriculares, celebraciones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. En su escuela, mi hijo tiene la oportunidad de:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No estoy seguro
a) Aprender sobre sus propios orígenes culturales/raciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Preservar su identidad cultural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Aprender sobre su propio nivel de destreza (p. ej., física, de aprendizaje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Aprender sobre las distintas situaciones de vida (p. ej., gente viviendo en la pobreza, personas con discapacidades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. ¿Cómo se siente su hijo acerca de la escuela?	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro
a) Se siente feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Siente que pertenece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Se siente aceptado por otros estudiantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Se siente aceptado por los adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Considera que las normas de la escuela se aplican de forma justa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Indique qué tan cómodo se ha sentido USTED en la escuela de su hijo acerca de:	Muy incómodo	Incómodo	Ni cómodo ni incómodo	Cómodo	Muy cómodo	No estoy seguro
a) Su identidad de género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sus orígenes raciales o culturales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Su idioma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Su fe o religión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Su orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) El nivel de ingresos de su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Su apariencia (p. ej., su forma de vestir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Su nivel educativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Su nivel de comodidad al conversar con el personal de la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Su discapacidad (si tiene alguna)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTAS SOBRE EL BIENESTAR DE SU HIJO

27. Con qué frecuencia su hijo se siente seguro :	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro
a) En el salón de clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Dentro o fuera del recinto escolar (p. ej., en el patio escolar, en los alrededores de la escuela)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Camino a la escuela y desde la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) En la calle y vecindario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Comunicarse a través de internet (p. ej., correo electrónico) (si corresponde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Con qué frecuencia su hijo:	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No estoy seguro
a) Es feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Puede disfrutar de sus actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Está irritado o de mal humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Está nervioso o preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Se siente cansado por las mañanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Tiene dolores de cabeza o estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Pierde el interés en ir a la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Con respecto a la salud de su hijo, con qué frecuencia normalmente su hijo:	Nunca	Una vez en unos pocos años	Una vez al año	Más de una vez al año	No estoy seguro
a) Visita a un médico para un examen físico de rutina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Visita un optometrista para un examen de la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Visita a un dentista para una revisión de sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Qué tan fácil es para su hijo:	Para nada fácil	No es fácil	Algo fácil	Fácil	Muy fácil	No estoy seguro
a) Hacer nuevos amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Afrontar las dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Controlar su conducta cuando está enfadado o molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Durante una semana escolar regular (de lunes a viernes), con qué frecuencia su hijo	Nunca	1 a 2 días	3 a 4 días	Todos los días (5 días)	No aplica
a) D ayuna antes de que comiencen las clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) D ayuna la comida que le suministra la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Almuerza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) me frutas o verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Come/bebe productos lácteos (p. ej., leche, queso, yogur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) me comida rápida o bebe gaseosas o bebidas azucaradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) ente hambre en casa porque no hay suficiente comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Siente hambre en la escuela porque no tienen suficiente comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

