

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(Escriba: Su Primer Nombre Y Apellido)

# New Mexico

## Pre K-6 Encuesta de Padres

### FY 2011

version: PK6PAR

N° de ID:          
Local Grupo Identificación del Participante

Fecha de Administración:        
Mes Día Año

Lenguaje de Administración: 1 Inglés  
(Haga un círculo al número apropiado) 2 Español  
3 Otro, Indique \_\_\_\_\_

Lugar de Administración: 1 Escuela  
2 Casa  
3 Programa/Oficina  
4 Otro, Indique \_\_\_\_\_

Forma del Administración: 1 Individual  
2 Grupo

Versión de Instrumento: 1 Instrumento Básico  
2 Seguimiento de 6 Meses  
3 Seguimiento de 1 Año ½

Persona completando Instrumento 1 Padres/Guardian  
2 Padres Adoptivos  
3 Abuelos  
4 Otro, Indique \_\_\_\_\_

**Nota importante:** Si éste cuestionario es el seguimiento de 6 meses o un año, asegúrese que incluya el mismo número de identificación que se usó en el instrumento básico y adelántese a la página #4, pregunta #1.

Nº de ID:

**Instrucciones:**

Las siguientes preguntas se refieren a usted, sus pensamientos y sentimientos sobre el comportamiento en el hogar y la escuela de el/la joven que está ahora recibiendo servicios. Algunas preguntas se refieren a sus pensamientos acerca del uso de alcohol y otras drogas . Ésta es su oportunidad para ser escuchado. Con su participación ayudará a los investigadores a saber más acerca de cómo prevenir el uso de drogas y alcohol entre los jóvenes.

Por cada pregunta, conteste de acuerdo con como usted se sienta . No está obligado a responder a las preguntas, se trata de algo voluntario; por lo tanto, no tiene que contestar ninguna pregunta que le haga sentirse incómodo. No se trata de una prueba, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas.

Cuando responda a este Instrumento piense en él/la joven que está recibiendo servicios aquí . Esta encuesta es completamente **CONFIDENCIAL**. Nadie sabrá cómo contestó las preguntas .

## ***PLATIQUENOS ACERCA DE USTED. . .***

### **Sección A:**

- 1 ¿Es usted mujer u hombre?  Hombre  Mujer
- 2 ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_ Años.  
(a) ¿Cuál es la edad de su hijo/a en este programa? \_\_\_\_\_  
(b) ¿Cuál es el sexo de su hijo/a en este programa?  H  M
- 3 ¿Cuál es su estado civil actual?  
 Soltero/a  Separado/a  Viudo/a  
 Casado/a  Divorciado/a  Viviendo con alguien  
(Pareja Novio/a)  
 Otro: \_\_\_\_\_ (Indique)
- 4 ¿Cuántos niños viven en su hogar? \_\_\_\_\_
- 5 ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_
- 6 ¿Nació en Estados Unidos?  Sí  No
- 7 ¿Si **NO** nació en Estados Unidos, ¿Cuántos años lleva viviendo en Estados Unidos? \_\_\_\_\_
- 8 ¿Se habla otro idioma en la casa de su hijo/a, aparte de Inglés?  Sí  No
- 9 ¿De qué origen se considera?  
(Haga un círculo a todas las que aplican)  
a. Blanco/Anglo Sajon

- b. Negro o Afro-Americano (no Hispano)
- c. Asiático o Asiatico-Americano
- d. Indio Americano o Nativo de Alaska
- e. Pueblo (especifica la tribu: \_\_\_\_\_)
- f. Navajo
- g. Apache (especifica la tribu: \_\_\_\_\_)
- h. Otro pueblo Indio o indígena (especifica \_\_\_\_\_)
- i. Hispano/Latino
- j. Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano
- k. Español
- l. Centro- Americano (especifica el país: \_\_\_\_\_)
- m. Sur- Americano (especifica el país: \_\_\_\_\_)
- n. Puertorriqueño
- o. Cubano
- p. Otro: (especifica \_\_\_\_\_)

10 ¿Hasta que grado/nivel escolar ha estudiado? \_\_\_\_\_

11 ¿Tiene usted un empleo actualmente? (Enfóquese en la condición laboral durante la mayor parte de la semana)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A tiempo completo<br>(35 horas o más por semana) | <input type="checkbox"/> Desempleado/a, Incapacitado/a |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a medio tiempo                          | <input type="checkbox"/> Desempleado/a, retirado/a     |
| <input type="checkbox"/> Desempleado/a, buscando trabajo                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Desempleado/a, no busco trabajo                  |  |

**Sección C:  
Interacciones entre Familia/Padres/ Niños**

<b>¿Con qué frecuencia hace Ud. lo siguiente?</b>	<b>Siempre</b>	<b>Por General</b>	<b>A Veces</b>	<b>Rara Veces</b>	<b>Nunca</b>
1. ¿Da un beso o un abrazo a su niño?	4	3	2	1	0
2. ¿Da recompensa o premios a sus niños?	4	3	2	1	0
3. ¿Grita a sus niños?	4	3	2	1	0
4. ¿Se divierten todos juntos, como una familia?	4	3	2	1	0
5. ¿Critica o amenaza a sus niños?	4	3	2	1	0
6. ¿Golpea o zurra a sus niños?	4	3	2	1	0
7. ¿Toma tiempo con cada niño, individualmente?	4	3	2	1	0
8. ¿Ignora a sus niños cuando se portan mal?	4	3	2	1	0
9. ¿Habla con otros sobre el mal comportamiento de sus niños?	4	3	2	1	0
10. ¿Reconoce (alaba) sus niños cuando se portan bien?	4	3	2	1	0
11. ¿Tienen pláticas familiares para establecer reglas?	4	3	2	1	0
12. ¿Salen juntos a eventos culturales?	4	3	2	1	0
13. ¿Se enoja cuando sus niños cometen un error?	4	3	2	1	0

**Sección D:****Por favor, seleccione la respuesta que más claramente indica su capacidad.**

¿Cómo se siente sobre su capacidad de...	Muy Mal	Mal	Mas o Menos	Bien	Muy Bien
1. manejar su enfado (enojo)?	0	1	2	3	4
2. expresar sus emociones?	0	1	2	3	4
3. enseñar a sus niños el bien y el mal?	0	1	2	3	4
4. manejar los niños cuando están peleando o tienen un compartamiento destructivo?	0	1	2	3	4
5. manejar su niño cuando rechaza hacer las tareas o el quehacer?	0	1	2	3	4
6. hacer sugerencias a los maestros de sus niños?	0	1	2	3	4
7. hacer planes para realizar metas personales?	0	1	2	3	4
8. para acceder a los recursos y ayuda que existe en su comunidad?	0	1	2	3	4
9. ¿Cómo se siente sobre su relación con sus niños?	0	1	2	3	4
10. ¿Cómo se siente sobre su relación con otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4

**Por Favor, siga a la página siguiente...**

<b>Sección E: Por cada pregunta, conteste de acuerdo con cómo usted se sienta.</b>	<b>Total- mente de Acuerdo</b>	<b>De - Acuerdo</b>	<b>No Estoy Seguro (a)</b>	<b>Des- Acuerdo</b>	<b>Total- mente Des- Acuerdo</b>
1. Muy infrecuentemente mi hijo(a) hace algo por mí, que me haga sentir bien.	1	2	3	4	5
2. La mayor parte del tiempo yo siento que mi hijo(a) no me quiere y no quiere relacionarse conmigo.	1	2	3	4	5
3. Mi hijo(a) me sonrío mucho menos de lo que me gustaría a mí.	1	2	3	4	5
4. Cuando hago cosas por mi hijo(a) tengo el sentimiento de que mis esfuerzos no son realmente apreciados.	1	2	3	4	5
5. Cuando mi hijo(a) juega no se ríe, ni se carcajea.	1	2	3	4	5
6. Al parecer mi hijo(a) no aprende tan rápidamente como otros niños.	1	2	3	4	5
7. Parece ser que mi hijo(a) no sonrío tanto como la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
8. Mi hijo(a) no tiene capacidad para hacer lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5
9. A mi hijo(a) le toma mucho tiempo y se le dificulta mucho acostumbrarse a las cosas nuevas.	1	2	3	4	5

**Conteste cada pregunta de acuerdo con como usted se sienta.**

10. Siento que soy:					
1. Inadecuado como padre/madre.					
2. Una persona que tiene dificultades de ser un/a padre/madre	1	2	3	4	5
3. Satisfactorio como madre/padre					
4. Más que satisfactorio como madre/padre					
5. Un buen padre o una buena madre					

***¡Ya ha terminado! ¡Gracias nuevamente!***

**ENTREGUE ESTE CUESTIONARIO A LA PERSONA ENCARGADA**