



Encuesta de Estudiante

Debería ingresar su distrito escolar, grado, plantel, y el condado donde vive antes de continuar. La información para esas preguntas le la dará la persona que estará administrando la encuesta. Usa el menú desplegable para ver todas las opciones posibles para el distrito escolar, grado, plantel y el condado donde vive. Las Preguntas 1-2 son requeridas.

1) Distrito escolar- Grado - Plantel- Condado-

2) ¿Cuántos años tiene?*

¿Es usted?

Femenino Masculino

¿Es usted de origen hispano, latino/a/x o español?

No Sí

¿Cuál de estos lo describe? (Elija todo lo que corresponda)

Indio americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico

Blanco o caucásico

En lo que va del año escolar, ¿cómo ha asistido a la escuela MAYORMENTE?

En la escuela

De forma remota

¿Dónde realiza la encuesta hoy?

En la escuela

De forma remota

Piense en dónde vive la mayor parte del tiempo. ¿Cuál de las siguientes personas vive allí con usted? (Escoge todas las opciones que correspondan)

- Madre Madre de crianza temporal Madrastra Abuela Tía
 Padre Padre de crianza temporal Padrastro Abuelo Tío
 Otros adultos Hermana(s) Hermanastra(s) Hermano(s) Hermanastro(s)
 Otros niños Por mi cuenta

¿Cuál es el nivel de escolaridad más alto que completó su padre?

- escuela primaria o menos
 algo de escuela secundaria
 completó la escuela secundaria
 algo de universidad
 completó la universidad
 escuela de posgrado o profesional después de la universidad
 no sé
 no aplica

¿Cuál es el nivel de escolaridad más alto que completó su madre?

- escuela primaria o menos
 algo de escuela secundaria
 completó la escuela secundaria
 algo de universidad
 completó la universidad
 escuela de posgrado o profesional después de la universidad
 no sé
 no aplica

¿En dónde vive ahora?

- En una granja
 En el campo, no en una granja
 En una ciudad, pueblo, o suburbio

¿Cuál es el idioma que usa con más frecuencia en casa?

- inglés
 español
 otro idioma: _____

¿Alguien de su familia (incluyendo padres, hermanos, hermanas, hermanastros o hermanastras) está sirviendo actualmente en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí No

¿Cuánto ha oído hablar del fentanilo?

- He oído hablar del fentanilo y sé lo que es.
- He oído hablar del fentanilo, pero no sé qué es.
- No he oído hablar del fentanilo.

En mi escuela...

	¡NO! Muy en desacuerdo	no, en desacuerdo	sí, de acuerdo	¡SÍ! Muy de acuerdo
Los estudiantes tienen la oportunidad de ayudar a decidir cosas como las actividades y reglas de la clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los maestros me piden que trabaje en proyectos especiales del salón de clases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis maestros se dan cuenta cuando estoy haciendo un buen trabajo y me lo dicen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay oportunidades para que los estudiantes participen en actividades escolares y otras actividades fuera de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay oportunidades para que los estudiantes de mi escuela hablen con un maestro individualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La escuela informa a los adultos con los que vivo cuando he hecho algo bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis maestros me elogian cuando trabajo duro en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis calificaciones escolares son mejores que las calificaciones de la mayoría de los estudiantes en mi clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la oportunidad de ser parte de las discusiones o actividades de la clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que a veces está bien hacer trampa en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia siente que el trabajo escolar que le asignan es valioso e importante?

Nunca No a menudo A veces A menudo Casi siempre

¿Qué tan interesantes le resultan la mayoría de sus clases?

Muy interesante Bastante interesante Algo interesante Un poco aburrido Muy aburrido

¿Qué importancia cree que tendrán las cosas que está aprendiendo en la escuela posteriormente en su vida?

- Mucha importancia Bastante importancia Alguna importancia
 Poca importancia Ninguna importancia

Pensando en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia:

	Nunca	No a menudo	A veces	A menudo	Casi siempre
disfrutó de estar en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odió estar en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intentó hacer su mejor trabajo en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿cuántos días de escuela completos ha faltado porque no se presentó?

- Ninguno 1 día 2 días 3 días 4-5 días 6-10 días 11 o más días

Juntándolas todas, ¿cómo estuvieron sus calificaciones el año pasado?

- La mayoría F's La mayoría D's La mayoría C's La mayoría B's La mayoría A's

Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	A veces (1 o 2 veces al mes)	Con regularidad (1 o 2 veces a la semana)	Todos los días
ha visto a alguien siendo intimidado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha sido intimidado en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha sido intimidado a través de mensajes de texto, redes sociales o juegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faltó a la escuela porque se sentía inseguro, incómodo o nervioso en la escuela o en el camino al ir y regresar de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le han robado o dañado su propiedad a propósito, como su automóvil, ropa o libros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si viera intimidación en la escuela, ¿qué haría?

- No he visto ninguna intimidación La ignoraría porque no es mi asunto Nada, solo observaría
 Me uniría Informaría a un maestro u otro adulto Haría algo para detener la intimidación

¿Qué hacen los adultos cuando ven intimidación en la escuela?

- Nada, la ignoran La detienen y le dicen a todos que se vayan
 La detienen y resuelven el problema No estoy seguro

Responda las preguntas siguientes.

	Nada	Un poco	Algo	Bastante	Extremadamente
Cuando se siente presionado, ¿con qué facilidad puede mantener el control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando todos los que le rodean se enojan, ¿qué tan relajado puede permanecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando las cosas le salen mal, ¿qué tan calmado puede permanecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia puede...

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	A menudo	Casi siempre
salir de mal humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
controlar sus emociones cuando lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relajarse después de que se enoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En toda su vida, ¿cuántas veces (si alguna) ha:

	0 ocasiones	1-2 ocasiones	3-5 ocasiones	6-9 ocasiones	10-19 ocasiones	20-39 ocasiones	40 o mas ocasiones
tomado bebidas alcohólicas? (más que unos pocos sorbos)?	()	()	()	()	()	()	()
consumido marihuana?	()	()	()	()	()	()	()
consumido alucinógenos (LSD, ácido, boomers, MDMA, ecstasy, Molly)?	()	()	()	()	()	()	()
inhulado (esnifado) pegamento, o gases o aerosoles para drogarse?	()	()	()	()	()	()	()
consumido fenoxidina (pox, px, breeze)?	()	()	()	()	()	()	()
tomado medicinas recetadas para el dolor, como Vicodin, OxyContin o Tylox, que no le recetó un médico?	()	()	()	()	()	()	()
tomado tranquilizantes recetados, como Xanax, Valium o Ambien, que no le recetó un médico?	()	()	()	()	()	()	()
tomado estimulantes recetados, como Ritalin, Adderall o Concerta, que no le recetó un médico?	()	()	()	()	()	()	()

Alguna vez ha:

	Nunca	Una o dos veces	De vez en cuando pero no con regularidad	Con regularidad en el pasado	Con regularidad ahora
consumido tabaco sin humo (mascar, rapé, tabletas, rapé húmedo, tabaco de mascar)?	()	()	()	()	()
fumado cigarrillos?	()	()	()	()	()
probado fumar cigarrillos electrónicos?	()	()	()	()	()

¿Cuántos años tenía cuando por primera vez:

	Nunca	10 o menor	11	12	13	14	15	16	17 o mayor
consumió marihuana?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
consumido tabaco sin humo?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
fumó un cigarrillo, aunque fuera solo una bocanada?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
fumó un cigarrillo electrónico?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
bebió más de un sorbo o dos de una bebida alcohólica?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
empezó a tomar bebidas alcohólicas con regularidad, es decir, por lo menos una o dos veces al mes?	()	()	()	()	()	()	()	()	()

¿En cuántas ocasiones (si ese fuera el caso) ha

	0 ocasiones	1-2 ocasiones	3-5 ocasiones	6-9 ocasiones	10-19 ocasiones	20-39 ocasiones	40 o mas ocasiones
bebido alcohol durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido marihuana durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido LSD (ácido, boomers, yellow sunshine) durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido cocaína incluyendo polvo, crack, o freebase durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido heroína (smack, junk, o China Blanca) durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido MDMA (ecstasy, Molly) durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
inhulado (esnifado) pegamento, o gases o aerosoles para drogarse durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
tomado metanfetamina (acelerador, vidrio, crank, hielo, o meth) durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
consumido fenoxidina (pox, px, breeze) durante los últimos 30 días?	()	()	()	()	()	()	()
ha tomado medicinas para el dolor recetadas, como Vicodin, OxyContin o Tylox, que no le recetó un médico durante los últimos 30 días? ?	()	()	()	()	()	()	()
ha tomado tranquilizantes recetados, como Xanax, Valium o Ambien, que no le recetó un médico durante los últimos 30 días? ?	()	()	()	()	()	()	()
ha tomado estimulantes recetados, como Ritalin, Adderall o Concerta, que no le ha recetado un médico durante los últimos 30 días? ?	()	()	()	()	()	()	()

Durante los últimos 30 días, ¿cómo obtuvo POR LO GENERAL bebidas alcohólicas?

- Lo compré en una tienda, como una tienda de conveniencia, un supermercado, una tienda de descuento o una gasolinera.
- Le di a otra persona dinero para que me las comprara
- Lo pedí que alguien me lo da
- Una persona mayor de 21 años me las dio
- Las saqué de una tienda o se las quité a un familiar
- Las obtuve de otra manera

Durante los últimos 30 días, cuando tomó bebidas alcohólicas ¿dónde las tomó? (Elija todo lo que corresponda)

- Escuela
- Automóvil
- Mi casa
- Casa de un amigo
- Bar
- Parque o al aire libre
- Otro: especifique: _____

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó 5 o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión? (Ocasión significa al mismo tiempo o con una separación de un par de horas.)

- Ninguno
- 1-4
- 5-9
- 10 o más

Durante las últimas dos semanas, ¿cuántas veces ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas seguidas?

- Ninguno
- 1 vez
- 2 veces
- 3-5 veces
- 6-9 veces
- 10 o más veces

¿Con qué frecuencia ha fumado cigarrillos durante los últimos 30 días?

- Para nada
- Menos de un cigarrillo por día
- Uno a cinco cigarrillos por día
- Aproximadamente media cajetilla por día
- Aproximadamente una cajetilla por día
- Aproximadamente una y media cajetilla por día
- Dos cajetillas o más por día

Durante los últimos 30 días, ¿cómo obtuvo cigarrillos por lo general?

- Los compré en una tienda de vapeo o tabaco/tabaquería
- Le di dinero a otra persona para que me los comprara
- Los compré en Internet
- Le di dinero a otra persona para que me los comprara
- Le pedí a alguien que me los diera.
- Me los dio una persona de 21 años o más
- Los saqué de una tienda o se los quité a un familiar
- Los obtuve de otra manera

¿Cómo de seguido has usado pouches de nicotina durante los últimos 30 días?

- Nunca
- Una o dos veces
- Una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al día
- Más de una vez al día

¿Con qué frecuencia ha consumido tabaco sin humo durante los últimos 30 días?

- Nunca
- Una o dos veces
- Una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al día
- Más de una vez al día

Durante los últimos 30 días, ¿en cuántas ocasiones ha fumado cigarrillos electrónicos/vapeado?

- Nunca
- Una o dos veces
- Una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al día
- Más de una vez al día

Durante los últimos 30 días, ¿cómo obtuvo sus productos de cigarrillos electrónicos por lo general?

- Los compré en una tienda de vapeo o tabaco/tabaquería
- Le di dinero a otra persona para que me los comprara
- Los compré en internet
- Le di dinero a alguien más para que los comprara por mí

- Le pedí a otra persona que me los diera
- Me los dio una persona de 21 años o más
- Los saqué de una tienda o se los quité a un familiar
- Los obtuve de otra manera

¿Cuáles de las siguientes sustancias has vapeado durante los últimos 30 días? (Marca todas las que correspondan)

- Tabaco/nicotina
- Marihuana (mota, weed o cannabis), incluyendo THC, concentrados de THC, aceite de hachís o wax
- Tabaco/nicotina y marihuana combinados
- CBD o aceites de CBD

¿De qué maneras usaste marihuana en los últimos 30 días?

- La fumaste (porros, pipa, bong)
- La vapeaste (vapeo de marihuana, aceite de hachís, concentrados, dabbing)
- La comiste o la tomaste en una bebida (comestibles/edibles)
- Otro

Especifica:

Durante los últimos 30 días, ¿cómo consiguió por lo general medicamentos recetados que no le recetaron a usted?

- No tomé medicamentos recetados que no me recetaron en los últimos 30 días
- Los obtuve de una persona desconocida
- Un amigo o familiar me los dio
- Se los compré en un amigo o pariente
- Se los quité a un amigo o pariente
- Los obtuve de un narcotraficante
- Los obtuve en Internet

Si quisiera, ¿qué tan fácil sería obtener?

	Muy difícil	Algo difícil	Algo fácil	Muy fácil
bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
productos de vapeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicamentos recetados que no le hayan recetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Sería usted visto como una persona muy padre (o sea chido / "cool") si:

	No o muy poca posibilidad	Poca posibilidad	Alguna posibilidad	Bastante buena posibilidad	Muy buena posibilidad
fumara cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomara bebidas alcohólicas con regularidad, por lo menos una o dos veces al mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
consumiera marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usaras productos de vapeo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué tan malo piensan sus amigos que sería que usted:

	Muy malo	Malo	Un poco malo	No es malo en lo absoluto
tomara uno o dos tragos de una bebida alcohólica casi todos los días?	()	()	()	()
tomara bebidas alcohólicas regularmente, a lo menos una o dos veces al mes?	()	()	()	()
fumara tabaco?	()	()	()	()
fumara marihuana?	()	()	()	()
tomara medicamentos recetados que no le recetaron a usted?	()	()	()	()
consume LSD, cocaína, anfetaminas u otra droga ilegal?	()	()	()	()
vapeara / fumara cigarrillos electrónicos?	()	()	()	()

¿Qué tan malo cree que es que alguien de su edad:

	Muy malo	Malo	Un poco malo	No es malo en lo absoluto
tome bebidas alcohólicas con regularidad (por lo menos una o dos veces al mes)?	()	()	()	()
fume cigarrillos?	()	()	()	()
vapea / fume cigarrillos electrónicos?	()	()	()	()
consume marihuana?	()	()	()	()

¿Cuánto cree usted que las personas corren el riesgo de hacerse daño físicamente o de otra forma si:

	No hay riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo
fuman una o más cajetillas de cigarrillos al día?	()	()	()	()
fuman cigarrillos electrónicos algunos días o todos los días?	()	()	()	()
prueban marihuana una o dos veces?	()	()	()	()
fuman marihuana una o dos veces por semana?	()	()	()	()
toman una o dos bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor) casi todos los días?	()	()	()	()
toman una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días?	()	()	()	()
toman medicamentos recetados que no fueron recetados para ellos?	()	()	()	()
toman cinco o más bebidas alcohólicas una o dos veces por semana?	()	()	()	()
toman fentanilo accidentalmente o a propósito?	()	()	()	()

A veces no sabemos qué haremos como adultos, pero es posible que tengamos una idea. Por favor responda qué tan ciertas pueden ser estas afirmaciones para usted: Cuando sea adulto, yo:

	¡NO! Muy en desacuerdo	no, en desacuerdo	sí, de acuerdo	¡SÍ! Muy de acuerdo
fumaré cigarrillos	()	()	()	()
tomaré bebidas alcohólicas	()	()	()	()
consumiré marihuana	()	()	()	()
Usaré productos de vapeo	()	()	()	()

En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con los adultos con los que vive sobre los peligros del consumo de tabaco, alcohol o drogas?

- () Sí
- () No

() No sé o no puedo decir

En los últimos 12 meses, ¿ha visto o escuchado mensajes en los medios sobre la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas?

- Sí
- No
- No sé o no puedo decir

En los últimos 12 meses, ¿ha apostado dinero o algo de valor?

- Sí
- No

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces:

	Nunca	Sí, pero no en los últimos 12 meses	Algunas veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces al mes	Una o dos veces por semana	Casi todos los días
ha jugado lotería o comprado billetes para raspar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha apostado en deportes de equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha participado en cualquier tipo de apuestas de deportes de fantasía, ya sea por dinero o gratis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha gastado dinero real en juegos que puede jugar en su teléfono o computadora para comprar créditos, vidas adicionales o actualizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha sentido que le gustaría dejar de apostar, pero ¿no pensó que podría hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le ha preocupado la salud y la seguridad de alguien en su hogar debido al juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces en los últimos 12 meses:

	Nunca	1 o 2 veces	3 o 5 veces	6 o 9 veces	10 o 19 veces	20 o 29 veces	30 o 39 veces	40+ veces
lo han suspendido de la escuela?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha llevado consigo un arma sin permiso o supervisión?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha vendido drogas ilegales?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha robado o intentado robar un coche u otro vehículo?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha participado en clubes, organizaciones o actividades en la escuela?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha sido arrestado?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha agredido a alguien con la idea de lastimarlo gravemente?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha estado borracho o drogado en la escuela?	()	()	()	()	()	()	()	()
se ha ofrecido como voluntario para hacer servicio comunitario?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha llevado un arma a la escuela?	()	()	()	()	()	()	()	()
ha estado involucrado en una pelea en la propiedad de la escuela?	()	()	()	()	()	()	()	()
le han ofrecido, vendido o dado drogas en la propiedad escolar?	()	()	()	()	()	()	()	()

¿Sería usted visto como una persona muy padre (o sea chido / "cool") si llevara consigo un arma sin permiso o supervisión?

- No o muy poca posibilidad
 Poca posibilidad
 Alguna posibilidad
 Bastante buena posibilidad
 Muy buena posibilidad

Si quisiera obtener un arma, ¿qué tan fácil sería?

- Muy difícil
 Algo difícil
 Algo fácil
 Muy fácil

Está bien golpear a las personas si ellas comienzan la pelea.

- ¡NO! Muy en desacuerdo
 no, en desacuerdo
 sí, de acuerdo
 ¡SÍ! Muy de acuerdo

Es importante ser honesto con los adultos con los que vive, incluso si se molestan o usted recibe un castigo.

- ¡NO! Muy en desacuerdo
 no, en desacuerdo
 sí, de acuerdo
 ¡SÍ! Muy de acuerdo

Creo que está bien tomar algo sin pedirlo si nadie se da cuenta.

- ¡NO! Muy en desacuerdo
 no, en desacuerdo
 sí, de acuerdo
 ¡SÍ! Muy de acuerdo

Piense en sus cuatro mejores amigos. En los últimos 12 meses, ¿cuántos de sus mejores amigos han:

	Ninguno	1	2	3	4
fumado cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vapeado / fumado cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
probado bebidas alcohólicas cuando los adultos con los que viven no lo sabían?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
consumido marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sido suspendidos de la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendido drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
robado o intentado robar un automóvil u otro vehículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sido arrestados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abandonado la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué tan malo cree que es que alguien de su edad:

	Muy malo	Malo	Un poco malo	No es malo en lo absoluto
robe algo que valga más de \$5.00?	()	()	()	()
comience una pelea con alguien?	()	()	()	()
agreda a alguien con la idea de lastimarlo gravemente?	()	()	()	()
falte a la escuela cuando los adultos con los que viven creen que está en la escuela?	()	()	()	()

Aproximadamente, ¿cuántos adultos ha conocido personalmente que en el último 12 meses han:

	Ninguno	1 adulto	2 adultos	3 o 4 adultos	5 o más adultos
consumido marihuana, crack, cocaína u otras drogas?	()	()	()	()	()
vendido o traficado drogas?	()	()	()	()	()
hecho cosas que los metieron en problemas con la policía, como robar, vender objetos robados, atacar o agredir a otros, etc.?	()	()	()	()	()
emborrachado o drogado?	()	()	()	()	()

¿Qué tan malo piensan la mayoría de los adultos en su barrio o la zona alrededor de donde usted vive que los niños/jóvenes de su edad:

	Muy malo	Malo	Un poco malo	No es malo en lo absoluto
consuman marihuana?	()	()	()	()
tomen bebidas alcohólicas?	()	()	()	()
fumen cigarrillos?	()	()	()	()

¿Un niño sería atrapado por la policía en el barrio o la zona alrededor de donde usted vive si:

	¡NO! Muy en desacuerdo	no, en desacuerdo	sí, de acuerdo	¡SÍ! Muy de acuerdo
consume marihuana?	()	()	()	()
tomara bebidas alcohólicas?	()	()	()	()
portara un arma sin permiso ni supervisión	()	()	()	()
fumara cigarrillos	()	()	()	()

En mi barrio, o la zona alrededor de donde vivo...

	¡NO! Muy en desacuerdo	no, en desacuerdo	sí, de acuerdo	¡SÍ! Muy de acuerdo
Mis vecinos notan cuando estoy haciendo un buen trabajo y me lo dicen.	()	()	()	()
Hay personas en la zona alrededor de donde vivo, que se sienten orgullosas de mí cuando hago algo bien.	()	()	()	()
Hay personas en la zona alrededor de donde vivo, que me animan a dar lo mejor de mí.	()	()	()	()
Me gusta la zona alrededor de donde vivo.	()	()	()	()
Si tuviera que mudarme, extrañaría la zona alrededor de donde vivo.	()	()	()	()
Me siento seguro en la zona alrededor de donde vivo.	()	()	()	()
Me gustaría salirme de la zona alrededor de donde vivo.	()	()	()	()

¿En qué medida cada una de las siguientes afirmaciones describe su barrio o la zona alrededor de donde vive?

	¡NO! Muy en desacuerdo	no, en desacuerdo	sí, de acuerdo	¡Sí! Muy de acuerdo
Delincuencia y/o venta de drogas	()	()	()	()
Peleas	()	()	()	()
Muchos edificios vacíos o abandonados	()	()	()	()
Mucho grafiti	()	()	()	()

¿Cuántas veces se ha preocupado que la comida en casa se acabe antes de que su familia tenga dinero para comprar más?

- () Nunca () Lo he hecho, pero no en los últimos 12 meses () Menos de una vez al mes
 () Aproximadamente una vez al mes () 3 veces al mes () Una vez a la semana o más

¿Cuántas veces se saltó una comida porque su familia no tenía suficiente dinero para comprar comida?

- () Nunca () Lo he hecho, pero no en los últimos 12 meses () Menos de una vez al mes
 () Aproximadamente una vez al mes () 2 o 3 veces al mes () Una vez a la semana o más

¿Qué tan importantes fueron estas preguntas?

- () No muy importantes () Algo importantes () Importantes () Muy importantes

¿Qué tan honesto fue al responder en esta encuesta?*

- () Muy honesto () Fui honesto la mayor parte del tiempo () Fui honesto algunas veces
 () Fui honesto de vez en cuando () No fui honesto en absoluto

¡Gracias!

**Antes de ir, queremos que sepa que en cualquier momento puede comunicarse con: La Línea de Ayuda del Suicidio y Crisis o llamar al 988.
La Línea de Ayuda Nacional de SAMHSA o llamar al 800-662-HELP (4357)
 Servicios para ayudar con la salud mental o el abuso de drogas y alcohol.**

Las llamadas son confidenciales.