**Encuesta**

**1º Básico 2020**

Estimados padres, madres y/o apoderados: necesitamos de su colaboración para responder esta encuesta, la información que usted entregue es confidencial y le permitirá a Junaeb y a otros servicios públicos conocer la condición de vulnerabilidad de su hijo/a y así entregar los servicios y beneficios adecuados a sus necesidades. Le solicitamos que pueda responder en forma fidedigna lo que se consulta en conjunto con el/la profesor/a jefe/a de su hijo/a, quien le orientará en las alternativas de respuesta.

# JUNAEB COMPROMETE QUE ESTA ENCUESTA SÓLO SERÁ UTILIZADA PARA LA MEDICIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS Y LOS NIÑOS. LA INFORMACIÓN SERÁ RESGUARDADA SEGÚN ESTABLECE LA LEY N° 19.628 (SOBRE PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RBD: |  |  |  |  |  |  | - |  |

Curso

# IDENTIFICACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido Paterno |  |

Apellido Materno

|  |
| --- |
| Sexo |
| F |  | M |  |

|  |
| --- |
| Fecha de Nacimiento |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

* 1. Residencia: Registre la región y comuna en que vive el/la estudiante

|  |  |
| --- | --- |
| Región | Comuna |
|  |  |

Responda registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente:

* 1. Nacionalidad Estudiante 3. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si la nacionalidad es extranjera, ¿Cuál es el tiempo de residencia en Chile? Registrar el tiempo, independiente de su situación legal.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Años |  |  | Meses |  |  |

1. Nacionalidad de la Madre

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

7. Nacionalidad del Padre

6. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Etnia. ¿El o la estudiante pertenece a algún pueblo originario?: Registre la etnia del/la estudiante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. Si señaló SÍ, especifique la etnia que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aimara | Rapanui o Pascuense | Quechua | Mapuche | Lican Antai o Atacameña | Colla | Alacalufe o Kawashkar | Yagán o Yámana | Diaguita |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ANTECEDENTES DE LA FAMILIA

* 1. Responda registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente o completando según la información solicitada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Quién contesta la encuesta? | Ambos padres | Sólo la madre | Sólo el padre | Otro familiar | Otro no familiar | Tutor o Apoderado Legal |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. RUN Jefe o Jefa de Familia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

* 1. ¿El Jefe o Jefa de Familia posee RUN?

\*Sólo responder si se dejó en blanco la pregunta anterior

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estructura de la FamiliaSeñale con una equis (X) en los casilleros respectivos todas las alternativas que correspondan según la pregunta: | Padre | Madre | Abuelo | Abuela | Hermano/a | Tío | Tía | Otrofamiliar | Otro nofamiliar | Familia deacogida | Residencia Senameo de protección | Nadie | No sabe |
| 4. ¿Con quién vive el niño o la niña? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Indique número de personas para cada parentesco marcado\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Qué integrante de la familia es el Jefe o Jefa de Familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. ¿Hay algún familiar que viva con el niño o la niña, que por motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿Quién cuida del niño o niña los días de semana, fuera del horario escolar? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿Quién apoya al estudiante en las tareas escolares? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. ¿Quién se encarga del traslado de el/la estudiante? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 11. ¿Cuántas personas, incluido/a el/la estudiante, viven en el hogar?\* |  |  |

\*No contestan los niños o niñas que viven en Residencia Sename o de protección

Antecedentes de escolaridad y ocupación de los padres del/la estudiante

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de la madre y el padre del/la estudiante. La escolaridad del/la Jefe/a de Familia sólo se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

14. el/la jefe/a de familia?

13. el padre?

12. la madre?

7º

6º

5º

4º

3º

2º

1º

4º

3º

2º

1º

8º

7º

6º

5º

4º

3º

2º

1º

No sabe o no aplica

Post Grado

Educación Superior

Enseñanza Media

Enseñanza Básica

Ningún curso aprobado

¿Cuál fue el último año

de estudios aprobado por:

Marque con una equis (X) la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee.

17. el/la jefe/a de familia?

16. el padre?

15. la madre?

No aplica o no sabe

Título Universitario

Título Técnico Profesional (CFT o IP)

Título Técnico de Liceo

No tiene Título

“Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la estudiante durante los últimos 6 meses. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál es la ocupación... | Se encuentra cesante | Empleador/a o Patrón/a | Trabajador/a por Cuenta Propia | Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a) | Asalariado/adel Sector Público | Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro | Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera | Trabajo Familiar o Personal No Remunerado | Jubilado/a o Pensionado/a | Dueño/a de Casa | Estudiante | No sabe o No Aplica |
| 18. de la madre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. del padre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. del/la jefe/a de familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Antecedentes de la vivienda del/la estudiante

Responder señalando con una (X) en el casillero correspondiente:

21. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan sólo para dormir? No contestan estudiantes que viven en Residencia Sename o de protección. Se debe contestar con números, según corresponda.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sabe |
| 22. ¿La vivienda cuenta con baño con sistema de eliminación de excretas? |  |  |  |
| 23. El/la estudiante, ¿tiene una cama de uso exclusivo para él/ella? |  |  |  |
| 24. El/la estudiante, ¿comparte la cama con otras personas regularmente? |  |  |  |
|  |
|  | Sí | No | No, pero se habilitacuando se necesita | Nosabe |
| 25. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la estudiante, que le permita realizar sus tareas escolares y guardar sus pertenencias? |  |  |  |  |
| 26. ¿Existe en la vivienda o inmediatamente fuera de ella, un espacio habilitado para el uso del/la estudiante, que le permita realizar actividades en su tiempo libre? |  |  |  |  |

# ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA EN PRIMERA INFANCIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ponga en la casilla de la derecha el número de años que corresponda | Años | No sabe |
| 1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la estudiante? |  |  |
| 2. ¿Qué edad tenía la madre del/la estudiante al momento de su primer parto? |  |  |

Responder registrando el peso en kilos y gramos

|  |  |
| --- | --- |
| 3. ¿Cuánto pesó el/la estudiante al nacer? | No sabe |
|  | , |  |  |  | Gramos |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos). | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

Señalar con una (X) en el casillero correspondiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. El/la niño /niña, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA? | No recibió lactancia materna | Entre 1 y 4 meses | Entre 5 y 6 meses | Más de 7 meses | No sabe |
|  |  |  |  |  |

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| respuesta a cada una de las siguientes preguntas: | Sí | No | No sabe |
| El/la estudiante asistió a: | 6. Sala Cuna |  |  |  |
| 7. Jardín Infantil (Nivel Medio) |  |  |  |
| 8. Pre Kinder (Transición I) |  |  |  |
| 9. Kinder (Transición II) |  |  |  |

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la estudiante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí, siempre | Sólo en algunosperíodos de tiempo | No, nunca | No aplica | No sabe |
| 10. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/ la estudiante? (juega con él o ella, le ayuda con las tareas, lo/a lleva al médico, etc.) |  |  |  |  |  |
|  |
|  | Sí, siempre | Sí, pero insuficienteso esporádicos | Nunca | No aplica | No sabe |
| 11. ¿Existe una figura paterna que aporte recursos económicos para la crianza del/la estudiante? |  |  |  |  |  |

# SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

Teniendo en cuenta la salud del/la estudiante en el ÚLTIMO MES, la ayuda que recibe de personas, la utilización de algún elemento de apoyo o cualquier medicamento que tome y, comparado/a con otros/as niños/as de la misma edad, responder:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nada problemático | Levemente problemático | Moderadamente problemático | Severamente problemático | Extremadamente problemático/No puede hacerlo | No sabe |
| 1. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante completar una tarea? |  |  |  |  |  |  |
| 2. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante hacer las tareas, tal y cómo se le piden en la escuela? |  |  |  |  |  |  |

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la estudiante para realizar ciertas actividades, debido SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD y **sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ayudan**. | Ningunadificultad | Dificultadleve | Dificultadmoderada | Dificultadsevera | Dificultad extrema/Imposibilidad | No sabe |
| 3. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes? |  |  |  |  |  |  |
| 4. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos? |  |  |  |  |  |  |
| 5. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar? |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros? |  |  |  |  |  |  |
| 7. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender? |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as? |  |  |  |  |  |  |

1. En relación a lo que el/la estudiante necesita, indique cuál es su percepción respecto a lo siguiente: ¿Hasta qué punto el establecimiento le facilita o dificulta al estudiante hacer las actividades que debe realizar en él?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Facilita mucho |  | Facilita poco |  | Ni facilita ni dificulta |  | Dificulta poco |  | Dificulta mucho |  | No sabe |  | No responde |  |

Registre con una equis (X) el o los que correspondan:

1. Debido a su salud, ¿el/la estudiante utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor?

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentesópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para lacomunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (porejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otrointérprete, por ejemplo labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicionalpara los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud?

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentesópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para lacomunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (porejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otrointérprete, por ejemplo labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicionalpara los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la niño/a?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Desnutrido/a | Bajo peso | Peso normal | Sobrepeso | Obeso/a |
|  |  |  |  |  |

1. El/la niño/a, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

1. Si respondió Sí en la pregunta anterior: Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asma | BroncoPulmonar | Diabetestipo I | Diabetestipo II | Epilepsia | Obesidad | EnfermedadCelíaca | Dislipidemia | Alergia alimentaria | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Si respondió SÍ en la pregunta D14:

1. Indique la cantidad de días de inasistencia a clases del/la estudiante en los últimos 12 meses debido a la enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninguno | Entre 1 y 5 días | Entre 6 y 10 días | Más de 10 días | No sabe |
|  |  |  |  |  |

1. El/la estudiante, ¿a qué edad visitó por primera vez al dentista?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antes de los dosaños | A los dos años | A los tres años | A los cuatro años | Después de los 4años | No lo ha visitado | No sabe |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el/la estudiante ha visitado al dentista?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 vez | 2 veces | Más de 2 veces | No lo ha visitado | No sabe |
|  |  |  |  |  |

# CONTEXTO FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| representa la situación de la familia. Recuerde que todas las preguntas son estrictamenteconfidenciales. | Sí | No | No deseacontestar | Nosabe |
| 1. ¿Alguna de las personas que viven con el/la estudiante, ha estado privada de libertad? |  |  |  |  |
| 2. ¿Algún integrante de la familia, que tenga contacto habitual con el/la estudiante, ha tenido problemas en la familia, en el barrio o en el trabajo por el consumo de alcohol y/o drogas? |  |  |  |  |
|  |
| 3. Dentro del hogar, ¿existe un /a niño /a y/o joven en edad escolar que realice algún tipo de trabajo? | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

Si señala que Sí en la pregunta E3, marque en la casilla la opción que corresponda en cada una de las siguientes categorías:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | 5. | 6. |
| Trabaja y estudia | Sólo trabaja | El trabajo que realiza es remunerado | El trabajo que realiza no es remunerado | Trabaja dentro del hogar | Trabaja fuera del hogar |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. El/la cuidador/a principal, ¿lee frecuentemente diarios, revistas, libros, internet o cualquier otro medio de lectura? | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

8. Si respondió No en la pregunta anterior, marque en la casilla la opción que corresponda:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No sabe leer | Falta de recursos | No es de su interés | No sabe |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9 ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la estudiante participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Considerando por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras) | Sí | No | No sabe o no aplica |
|  |  |  |

# ESTILO DE VIDA, CARACTERÍSTICAS Y EXPECTATIVAS DEL/LA ESTUDIANTE

Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| alternativa que mejor represente la frecuencia con que el/la estudiante realiza lo siguiente: | Siempre | Frecuentemente | Pocas veces | Casi nunca | Nunca |
| 1. Demuestra afecto hacia sus padres y familiares |  |  |  |  |  |
| 2. Demuestra afecto hacia sus pares y amigos |  |  |  |  |  |
| 3. Expresa sus sentimientos o emociones hacia los demás (ej.: alegría, pena, rabia, etc.) |  |  |  |  |  |
| 4. Manifiesta sus sentimientos a través de expresiones corporales dirigidas hacia los demás (ej.: hace cariño, gestos, da abrazos, etc.) |  |  |  |  |  |
| 5. Juega con otros niños y/o niñas |  |  |  |  |  |
| 6. Comparte sus cosas con los demás niños y/o niñas |  |  |  |  |  |
| 7. Es explosivo/a o agresivo/a con adultos/as |  |  |  |  |  |
| 8. Es explosivo/a o agresivo/a con otros/as niños/as |  |  |  |  |  |
| 9. Participa activamente en juegos y actividades físicas y/o recreativas con otro/as niños/as |  |  |  |  |  |
| 10. Hace preguntas a los adultos para conocer o aclarar cosas |  |  |  |  |  |
| 11. Muestra interés por los libros y la lectura |  |  |  |  |  |
| 12. Manifiesta interés por conocer su entorno |  |  |  |  |  |
| 13. Juega a armar y desarmar cualquier tipo de cosas |  |  |  |  |  |
| 14. Manifiesta interés por desarrollar alguna expresión artística (música, danza, escritura, manualidades, teatro, etc.) |  |  |  |  |  |
| 15. Demuestra confianza y seguridad en sí mismo/a |  |  |  |  |  |

16. ¿El o la estudiante, tiene acceso a algún medio tecnológico digital cómo PC, celular, Smartphone, Tablet, Notebook? Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

18. ¿El o la estudiante, participa a lo menos una vez al mes en algún grupo u organización? Marque con una equis

(X) en el casillero que corresponde.

17. Si señala SÍ, ordenar de 1 a 7 para que lo utiliza (el 1 corresponde al mayor uso y el 7 al menor uso):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jugar | Hacer tareas | Dibujar, pintar, escribir | Conectarse a redes sociales | Escuchar música o ver videos | Sacar fotografías y/o grabar videos | Buscar temas de interéspropio |
|  |  |  |  |  |  |  |

19. Si responde SÍ, señalar en cual(es) de las siguientes organizaciones participa:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deportiva | Recreativa | Scouts | Religiosa | Artístico/ Cultural | Ecológica o medioambiental | Otra,¿cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. En los últimos 7 días, señale con qué frecuencia el/la estudiante realizó más de 30 minutos de actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa, fuera de las horas de clases de Educación Física. | Ninguna vez | 1 vez a la semana | 2 a 3 veces a la semana | 4veces | 5 o más veces | No sabe No responde |
|  |  |  |  |  |  |

Hábitos de sueño

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar el horario habitual de lunes a viernes en que el/la estudiante… | Hora | Minutos | No sabe |
| 21. Se despierta en la mañana |  |  |  |
| 22. Se duerme en la noche |  |  |  |

23. ¿Duerme siesta el/la estudiante? (lunes a viernes)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 24. Si en la pregunta anterior señaló Sí, debe indicar la cantidad en MINUTOS (1 hora = 60 minutos) |  |
|  |
| 25. Considerando la ÚLTIMA SEMANA: ¿El/la estudiante tiene algún problema asociado al sueño | Sí | No | No sabe |
| que interfiera en su funcionamiento diario? Como por ejemplo: alteración del ánimo, falta de concentración, entre otros. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26. En relación a sus expectativas en cuanto a la educación de su hijo/a o pupilo/a, ¿cuál cree que es el nivel de educación más alto que el/ la estudiante podrá completar en el futuro? | No terminará la Enseñanza Básica | Completará la Enseñanza Básica | Completará la Enseñanza Media | Obtendrá un Título Técnico | Obtendrá un Título Profesional |
|  |  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD DE LOS Y LAS ESTUDIANTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Apellidos y Nombres | Peso (kgs) | Estatura (cms) | Fecha en que serealizó la medición | Problema Visión | Problema Audición | Caries\*(ver Instructivo) | Necesidad dental |
| Día | Mes | Año | Sí | No | Sí | No | 1 | 2 | 3 | 4 | Sí | No |
| 1 |  | , |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Gracias por contestar esta encuesta. Las respuestas entregadas nos permiten seguir cumpliendo con el compromiso de Junaeb: la educación de todas las niñas y niños.**