

Proyecto para Jóvenes y Familias de la escuela Hayward High

Encuesta para Padres/ Guardianes

La escuela de su hijo/hija le gustaría escuchar lo que los padres y/o custodios piensan acerca de los servicios de salud. Sus respuestas son completamente confidenciales. No necesita poner su nombre en ningún lugar de esta forma.

Por favor encierre uno:

1. **Género:** Varón Mujer

2. **Etnicidad:** Africano Americano Asiático Caucásico/Blanco
 Latino/Hispano Filipino Isleño del Pacífico
 Bi/Multi-Racial Otro: _____

3. **¿Qué lenguaje(s) se habla/n en tu casa?** _____
¿Es este tu lenguaje primario? Sí No

4. **¿Cuántos de tus hijos/as tiene? __¿Cuántos de tus hijos/as asisten o van a asistir a HHS (Hayward High School)?** _____

5. **Su relación con los estudiantes en su hogar que asisten Hayward High School.**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre/ Guardian | <input type="checkbox"/> Abuelo/a |
| <input type="checkbox"/> Hermano/a Mayor | <input type="checkbox"/> Pariente |
| <input type="checkbox"/> No es pariente | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

6. **¿Regularmente, a dónde lleva a sus hijo/as para cuidados médicos?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Káiser | <input type="checkbox"/> Doctor privado (no kaiser) |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Clínica comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Remedios caseros | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

7. **¿Actualmente, como paga usted por servicios de salud? (Marque todos los que aplique)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Káiser | <input type="checkbox"/> Otra aseguradora privada (ej. Health Net) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno (Medi Cal) | <input type="checkbox"/> No tiene aseguradora/paga de su bolsillo |
| <input type="checkbox"/> No sabe | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

8. **Es fácil de conseguir en su comunidad:** (marque sí o no)

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Servicios de salud | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios sociales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vivienda económicamente accesible | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cuidado de salud mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios de apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otros _____ | | | | | |

9. **¿Cuáles de los siguientes puntos le dificultan acceder a los servicios anteriores? (marque si o no)**

- | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Transportación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Seguro de salud | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lenguaje | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Guardería | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Documentación requerida | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Costos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Conocimiento de los servicios | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otros _____ | | |

Algunas escuelas han puesto Centros de Salud dentro de las escuelas, para uso de los estudiantes durante horarios de escuela. Las siguientes preguntas son una oportunidad para que comparta su opinión sobre la idea de un Centro de Salud en la escuela.

10. **¿Cómo se sentiría si sus hijos/as tuvieran acceso a los siguientes servicios a través de un Centro de Salud en la escuela?** (Marque una respuesta por cada punto. Por favor, note que esta no es una hoja de permiso. Sus respuestas a estas preguntas no afectaran el uso de su hijo/a de los servicios de salud)

Servicios de Salud en la Escuela	Lo apoyaría	No lo apoyaría	No estoy seguro/a
Servicios médicos (físicos, exámenes, inmunizaciones, chequeos visuales/auditivos)			
Servicios de consejería (servicios individuales y de grupo asuntos relacionados al stress, depresión, abuso de drogas/alcohol, autoestima y asuntos relacionales)			
Educación de salud (servicios de prevención de embarazos, enfermedades sexuales/VIH, violencia, abuso de sustancias)			
Grupos de Apoyo (control del enojo, abuso de sustancias, nutrición, autoestima)			
Salud reproductiva (exámenes físicos, educación de salud sobre opciones de control natal incluyendo la abstinencia y enfermedades sexuales/VIH)			
Control natal/preservativos (u otros métodos de protección para prevenir el embarazo y enfermedades sexuales/VIH)			
Tratamiento de casos (vivienda, seguro de salud, asistencia de comida/ropa)			
Servicios Dentales (proyecciones, limpiezas, rellenos)			

11. **¿Cree usted que haya objeciones de tener un Centro de Salud en la escuela?** (marque todas las que aplique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Llama la atención sobre asuntos sensibles o controversiales | <input type="checkbox"/> toma fondos para otros |
| <input type="checkbox"/> algunos estudiantes lo pudieran usar de excusa para salir de clases | <input type="checkbox"/> programas de la escuela, |
| <input type="checkbox"/> algunos estudiantes pudieran usar los servicios que no quieren que use, | <input type="checkbox"/> ninguno, |
| <input type="checkbox"/> toma lugar para otros programas de la escuela | <input type="checkbox"/> no veo que haya ninguna opinión negativa a un Centro de Salud en la escuela, |
| | <input type="checkbox"/> otro _____ |

12. **¿Cuales usted cree serian beneficios positivos para el Centro de Salud en la escuela?** (marque todas las que aplique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Provee a los estudiantes un lugar seguro para ir, provee intervención de crisis (ej. suicidio), | <input type="checkbox"/> aumenta la seguridad en la escuela, mejora la salud del estudiante, permite a los maestros enfocarse en lo académico |
| <input type="checkbox"/> provee emergencia/primeros auxilios, | <input type="checkbox"/> mejora los grados del estudiante, |
| <input type="checkbox"/> provee educación sobre la salud, provee recomendaciones a otros servicios, | <input type="checkbox"/> reduce el ausentismo escolar, |
| <input type="checkbox"/> no hay beneficios | <input type="checkbox"/> otro _____ |

13. **¿Usted cree que sería mayor o menos probable que los estudiantes tuvieran relaciones sexuales si tuvieran acceso a anticonceptivos (control natal y condones) si estuvieran disponibles en el Centro de Salud?** (marque uno)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos posible que tengan sexo, | <input type="checkbox"/> mayormente posible que tengan sexo |
| <input type="checkbox"/> no hay diferencia, | |

14. **¿Qué servicios le gustaría ver que el Centro de Salud ofrece para los padres/madres?** (marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones/vacunas | <input type="checkbox"/> educación para criar adolescentes, | <input type="checkbox"/> ninguno |
| <input type="checkbox"/> grupos de apoyo para padres y jóvenes | <input type="checkbox"/> información en seguro de salud | <input type="checkbox"/> otro _____ |