

INSTRUMENT 1A
SRAE PARTICIPANT ENTRY SURVEY
MIDDLE SCHOOL

Spanish

Formulario aprobado
No. Control OMB: 0970-0536
Fecha de vencimiento: 1/31/2025

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EVITAR EL RIESGO SEXUAL (SRAE, por sus siglas en inglés)

ENCUESTA DE ENTRADA DE PARTICIPANTE ESCUELA INTERMEDIA

Gracias por su ayuda con este importante estudio. Esta encuesta incluye preguntas sobre su familia, amigos, escuela, y también sus actitudes y comportamientos. Su nombre no será incluido en la encuesta y sus respuestas permanecerán privadas en la medida permitida por la ley. Queremos que sepa que:

1. Su participación en esta encuesta es voluntaria.
2. Esperamos que conteste todas las preguntas, pero puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar.
3. Las respuestas que dé se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley.

LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES DE 1995

La carga al público para esta recopilación de información se estima en un promedio de 8 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre el número de control OMB actualmente válido. La información recopilada ayudará a los formuladores de pólizas, proveedores de programas y otras partes interesadas a comprender las experiencias de los jóvenes de hoy e identificar formas de reducir los comportamientos de riesgo. Esta información también informará a los programas sobre la mejor manera de servir a sus participantes. La recopilación de esta información es voluntaria y las respuestas se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley. El número OMB para esta recopilación de información es 0970-0536 y la fecha de vencimiento es el 1/31/2025.

Instrucciones Generales

POR FAVOR LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE: Hay distintas maneras de responder a las preguntas en esta encuesta. Es importante que siga las instrucciones cuando conteste cada tipo de pregunta. Aquí hay algunos ejemplos.

- **POR FAVOR MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS EN LAS CASILLAS BLANCAS PROVISTAS.**
- **USE UN BOLÍGRAFO O UN LÁPIZ.**

1. EJEMPLO 1: MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

¿De qué color son sus ojos?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Marrón
- Azul
- Verde
- Otro color

2. EJEMPLO 2: MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

¿Planea hacer alguna de las siguientes cosas la próxima semana?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Ver una película
- Ir a un partido de béisbol
- Estudiar en la casa de un amigo

Si planea ver una película e ir a un partido de béisbol la próxima semana, marcará una (X) en ambas casillas.

Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. El primer grupo de preguntas es acerca de usted.

1. ¿Cuántos años tiene?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16

2. ¿En qué grado está? (Si en este momento está de vacaciones o en escuela de verano, indique el grado en que estará cuando vuelva a la escuela.)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 5o
- 6o
- 7o
- 8o
- 9o
- Mi escuela no asigna niveles en grados
- No estoy matriculado(a) en la escuela en este momento

3. Cuando está en casa o con su familia, ¿qué idioma o idiomas habla usualmente?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Inglés
- Español
- Otro (especifique): _____

4. ¿Es hispano(a) o latino(a)?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Sí
- No

5. ¿Cuál es su raza?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca o caucásica
- Otro (especifique): _____

6. ¿Cuál es su sexo?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Masculino
- Femenino

7. ¿Está actualmente ...?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Viviendo con familiares [padre/madre, tutor(a), abuelos, u otros parientes]
- En casa de acogida temporal, viviendo con una familia
- En casa de acogida temporal, viviendo en un hogar de grupo
- "Couch surfing" o mudándose de casa en casa
- Viviendo a la intemperie, en una ciudad de carpa o campamento para indigentes, en un automóvil, en un vehículo abandonado, o en un edificio abandonado
- Quedándose en un albergue de emergencia o programa de vivienda transicional
- Quedándose en un hotel o motel
- En centro de detención de menores, hogar grupal de menores, y/o bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional
- Ninguno de los anteriores

Las siguientes preguntas son acerca del uso de alcohol, tabaco, y otras sustancias. Recuerde que todas sus respuestas se mantendrán privadas.

8. En los últimos tres meses, ¿ha...

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Sí	No
a. bebido alcohol (más de unos pocos sorbos, incluyendo cerveza, vino, y licor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. fumado cigarrillos o productos de cigarro (cigarros o puros pequeños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. usado otros productos de tabaco (como tabaco de mascar, tabaco de chupar, llamado rapé, "dip", o "snus")?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. usado productos electrónicos de vapor (como JUUL, Vuse, MarkTen, y blu)? (los productos electrónicos de vapor incluyen cigarrillos electrónicos, vapes, bolígrafos vape, cigarros electrónicos, cachimbas, plumas de cachimba y mods)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. usado marihuana (también llamada marijuana, hierba, o cannabis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. tomado medicamentos recetados para el dolor sin receta de un médico o de forma diferente a la que el doctor le dijo que los usara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia diría que usted...

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Nunca
a. resistió o dijo no a la presión de compañeros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. manejó sus emociones de una manera saludable (por ejemplo, de una manera que no le haga daño a usted ni a otras personas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. pensó en las consecuencias antes de tomar una decisión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. habló con su padre/madre, tutor(a), o cuidador(a) acerca del sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Para cada frase a continuación, marque qué tan cierta es cada afirmación para usted.

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Para nada cierta	Algo cierta para mí	Muy cierta para mí
a. Hago planes para alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me importa tener éxito en la escuela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ahorro dinero para comprar cosas que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Diría lo que pienso o pediría ayuda si me están intimidando en persona o en Internet, por mensaje, por videojuegos, o a través de otras redes sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Diría lo que pienso o pediría ayuda si otros están siendo intimidados en persona o en Internet, por mensaje, por videojuegos, o a través de otras redes sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Las siguientes preguntas son sobre relaciones y citas. Por favor responda las preguntas a continuación, incluso si actualmente no está en una relación o saliendo con alguien.

Para cada frase a continuación, marque qué tan cierta es cada afirmación para usted.

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Para nada cierta	Algo cierta para mí	Muy cierta para mí
a. Entiendo en qué consiste una relación saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sería capaz de resistir o decir no a alguien si me presionara para participar en actos, como besar, tocar las partes privadas, o sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hablaría con una persona/adulto de confianza (por ejemplo, un miembro de mi familia, profesor, consejero, entrenador, etc.) si alguien me hace sentirme incómodo(a), me hace daño o me presiona para hacer cosas que no quiero hacer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por participar en esta encuesta!