

Formulario aprobado
No. de control OMB: 0970-0497
Fecha de Vencimiento: 04/30/20

PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD EDUCATIVA PERSONAL (PREP por sus siglas en inglés)

ENCUESTA DE SALIDA DE PARTICIPANTE

Gracias por tu ayuda con este importante estudio. Esta encuesta incluye preguntas sobre tu familia, amigos, escuela, y también tus actitudes y comportamientos. Tu nombre no será incluido en la encuesta y tus respuestas se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley.

Queremos que sepas que:

- 1. Tu participación en esta encuesta es voluntaria.**
- 2. Esperamos que contestes todas las preguntas, pero puedes saltar las preguntas que no desees contestar.**
- 3. Las respuestas que des se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley.**

LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DEL 1995

La carga al público de esta recolección de información está estimada en un promedio de 15 minutos por respuesta incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar la recolección de información. Una agencia no puede conducir o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información si no despliega un número válido de control OMB. La información recopilada ayudará a los creadores de políticas, proveedores de programas y otros actores a comprender las experiencias de los jóvenes de hoy y a identificar formas de reducir comportamientos riesgosos. Esta información también informará a los programas cómo servir mejor a sus participantes. La recolección de esta información es voluntaria y las respuestas se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley. El número OMB para esta recolección de información es 0970-0497 y la fecha de vencimiento es 04/30/2020.

Instrucciones Generales

POR FAVOR LEE CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE: Hay distintas maneras de responder a las preguntas en esta encuesta. Es importante que sigas las instrucciones cuando contestes cada tipo de pregunta.

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

Basado en tus respuestas a algunas de las preguntas, se te puede pedir que saltes algunas preguntas:

EJEMPLO: PREGUNTA CON SALTO

1. ¿Alguna vez comes chocolate?

MARCA UNA (X)

Sí

No  **PASA A PREGUNTA 3**

- Porque respondiste “Sí” a la pregunta 1, continuarás a la pregunta 2 y luego la pregunta 3.
- Si contestaste “No” a la pregunta 1, saltarás la pregunta 2 e irás directamente a la pregunta 3.

2. ¿Siempre te cepillas los dientes después de comer chocolate?

MARCA UNA (X)

Sí

No

3. ¿Hiciste alguna de estas cosas la semana pasada?

PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA (X)

Fuiste al teatro

Fuiste al cine

Fuiste a un evento deportivo

Por favor responde a las siguientes preguntas lo mejor que puedas. El primer grupo de preguntas son acerca de ti.

1. ¿Cuántos años tienes?

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21 o más

2. ¿En qué grado estás? (Si en este momento estás de vacaciones o en escuela de verano, indica el grado en que estarás cuando vuelvas a la escuela.)

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

- 4o
- 5o
- 6o
- 7o
- 8o
- 9o
- 10o
- 11o
- 12o
- Mi escuela no asigna niveles en grados
- Dejé la escuela y no estoy estudiando para obtener un diploma de secundaria o GED
- Estoy estudiando para obtener un GED
- Tengo un diploma de secundaria o GED pero no estoy matriculado(a) en universidad ni escuela vocacional en este momento
- Tengo un diploma de secundaria o GED y estoy matriculado(a) en universidad o escuela vocacional en este momento

3. Cuando estás en casa o con tu familia, ¿qué idioma o idiomas hablas usualmente?

MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Inglés
- Español
- Otro (por favor especifica) _____

4. ¿Cuál es tu raza?

MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- India-Americana o Nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o Africana-Americana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca o Caucásica

5. ¿Eres hispano(a) o latino(a)?

MARCA SÍ O NO

- Sí
- No

6. ¿Qué sexo te fue asignado al nacer, en tu certificado de nacimiento original?

- Masculino
- Femenino

7. ¿Estás actualmente ...?

MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- En casa de acogida, viviendo con una familia
- En casa de acogida, viviendo en un hogar de grupo
- "Couch surfing" o mudando de casa en casa
- Viviendo en un lugar no designado como residencia, como a la intemperie, en una ciudad carpa o campamento para indigentes, en un auto, en un vehículo abandonado, o en un edificio abandonado
- Quedando en un albergue de emergencia, programa de vivienda transicional, o motel
- En detención de menores, cárcel, prisión u otra instalación correccional, o bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional
- Ninguno de los anteriores

Las siguientes preguntas son acerca de tus experiencias en el programa que acabas de completar. Piensa en todas las sesiones o clases del programa al que asististe.

8. Incluso si no hayas asistido a todas las sesiones o clases en el programa, ¿con qué frecuencia en este programa...

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Nunca
a. te sentiste interesado(a) en las sesiones y clases del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. te sentiste que el material presentado era claro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. te ayudaron las discusiones o actividades a aprender las lecciones del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tuviste oportunidad de hacer preguntas sobre temas o asuntos que surgieron en el programa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. te sentiste respetado(a) como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ahora que el programa está completo, ¿con qué frecuencia dirías que...

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Todo del Tiempo	La Mayoría del Tiempo	Algo del Tiempo	Nada del Tiempo
a. resistes o dices “no” a la presión de compañeros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sabes cómo manejar el “estrés” o tensión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. confrontas un conflicto sin causar más conflicto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tienes amistades que te mantienes fuera de problemas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. estás repetuoso/a hacia otras personas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. manejas dinero con cuidado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. te importa que te vaya bien en tus estudios?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. compartes ideas o hablas sobre cosas que realmente importan con uno de tus padres/guardianes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. tomas decisiones saludables sobre las drogas y el alcohol?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. eres lo mejor que puedes ser?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Qué tan probable es que...

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Muy Probable	Algo Probable	Inseguro	Algo Improbable	Muy Improbable
a. harás planes para alcanzar tus metas?	<input type="checkbox"/>				
b. obtendrás más educación después de la escuela secundaria?	<input type="checkbox"/>				
c. obtendrás un trabajo o empleo estable cuando termines la escuela?	<input type="checkbox"/>				

Las próximas pocas preguntas son acerca de relaciones sexuales y tus riesgos de embarazo y enfermedades transmitidas sexualmente. Haz el favor de responder, aún si no tienes planes de tener sexo en los próximos 6 meses.

11. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

MARCA SÍ O NO

- Sí
- No

12. Si tienes la oportunidad, tienes intenciones de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses?

MARCAR SÓLO UNA RESPUESTA

- Sí, definitivamente
- Sí, probablemente
- No, probablemente no
- No, definitivamente no

13. ¿Tienes la intención de usar (o le pedir a tu pareja que use) alguno de estos métodos de control de natalidad, si tendrás relaciones sexuales en los próximos 6 meses?

Por control de natalidad queremos decir usar píldoras anticonceptivas (birth control pills), condones, la inyección (Depo Provera), el "parche" (patch), el "anillo" (ring) (NuvaRing), DUI (Mirena o Paragard), o un implante (Implanon).

MARCAR SÓLO UNA RESPUESTA

- Sí, definitivamente
- Sí, probablemente
- No, probablemente no
- No, definitivamente no
- Voy a abstener de relaciones sexuales (elegir no tener sexo) en los próximos 6 meses

14. ¿Tienes la intención de usar (o le pedir a tu pareja que use) un condón si tendrás relaciones sexuales en los próximos 6 meses?

MARCAR SÓLO UNA RESPUESTA

- Sí, definitivamente
- Sí, probablemente
- No, probablemente no
- No, definitivamente no
- Voy a abstener de relaciones sexuales (elegir no tener sexo) en los próximos 6 meses

¡Gracias por participar en esta encuesta!