



**SCHOOL-BASED  
HEALTH ALLIANCE**  
Redefining Health for Kids and Teens

## **Encuesta para clientes del Centro de Salud Escolar**

Esta encuesta pide tus opiniones sobre el centro de salud de tu escuela. Tus respuestas nos ayudarán a saber cómo funciona el centro de salud y cómo mejorarlo.

Tres recordatorios importantes antes de comenzar:

### **¡Es privada!**

No escribas tu nombre en esta hoja ni en la encuesta. Tus respuestas son privadas.

### **¡Es rápida!**

Llenar la encuesta te tomará menos de 5 minutos.

### **¡Es opcional!**

No estás obligado a contestar la encuesta ni a responder cualquier pregunta que prefieras saltarte.

**Si quieres contestar la encuesta, comienza en la siguiente página.**

## Encuesta para clientes del Centro de Salud Escolar

Recuerda que puedes dejar en blanco cualquier pregunta que prefieras no contestar. No pongas tu nombre en la encuesta. ¡Gracias por tu tiempo!

**1. ¿Cuántas veces has usado el centro de salud desde que empezó la escuela este año? (Marca una respuesta)**

- Nunca
- 1 o 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 veces o más

**2. ¿Qué tipo de ayuda has recibido en el centro de salud? (Marca todas las respuestas que correspondan)**

- Chequeo, examen físico o examen para jugar deportes
- Ayuda cuando yo estaba enfermo o lastimado
- Vacunas o inyecciones
- Consejería para hablar sobre asuntos como el estrés, la tristeza o problemas con familiares o amigos
- Ayuda para comer mejor o hacer ejercicio
- Ayuda con mis dientes: dolor de diente, caries o limpieza dental
- Ayuda con asuntos de salud sexual (como métodos para evitar el embarazo/condones o pruebas de embarazo o para detectar enfermedades transmitidas sexualmente -STDs)
- Otro: \_\_\_\_\_

3. Las personas que trabajan en el centro de salud...	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des-acuerdo	Muy en des-acuerdo	No aplica
Me tratan con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se preocupan por mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuchan atentamente lo que tengo que decir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantienen mi información privada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. El centro de salud ...	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des-acuerdo	Muy en des-acuerdo	No aplica
Es un lugar donde es fácil recibir ayuda cuando la necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es un lugar seguro a donde ir si tengo algún problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. El centro de salud me ayudó a ...	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des-acuerdo	Muy en des-acuerdo	No aplica
Tener metas y planes para el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir que tenía un adulto a quien podía acudir si necesitaba ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprender a cuidar mejor mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconocer todas mis necesidades de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Qué tan satisfecho (contento/a) estás con el centro de salud de tu escuela? (Marca una respuesta)

- Muy satisfecho     
 Satisfecho     
 Neutral     
 Insatisfecho     
 Muy insatisfecho

7. Si tu escuela no tuviera un centro de salud, ¿qué hubieras hecho hoy para resolver tus problemas/necesidades de salud? (Marca todas las respuestas que correspondan)

- Ir a otro doctor o enfermera     
 Nada  
 Ir al hospital o a urgencias (ER)     
 No sé  
 Llamar a mis padres o ir a mi casa     
 Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Te gustaría contarnos algo más (bueno o malo) sobre el centro de salud de tu escuela?

9. ¿Eres ...?

- Hombre     
 Mujer     
 De otro género

10. ¿En qué grado estás?

- 5°     
 9°     
 Otro grado: \_\_\_\_\_  
 6°     
 10°  
 7°     
 11°  
 8°     
 12°

11. ¿A qué grupo étnico o raza perteneces?

- Afroamericano     
 Indígena americano     
 Dos o más grupos étnicos o razas  
 Asiático     
 Isleño del Pacífico  
 Filipino     
 Blanco     
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Latino/Hispano