

Encuesta de Resiliencia Infantil Grados K-2

Culture of Care

La profesor(a) lee a los niños: “Voy a leerles algunas preguntas. Estas preguntas son acerca cosas positivas que ayuda a la gente a superar el estrés y desafíos. No hay respuesta correcta o incorrecta. Después de leer cada pregunta, encierra en un círculo la respuesta que tú piensas que es correcta para ti. Puedes encerrar en un círculo la respuestas: “no,” “a veces,” o “si” para cada pregunta. Si te sientes incomodo en contestar alguna pregunta, puedes omitir la pregunta. ¿Tienen alguna pregunta? [Pausa y responde] ¡De acuerdo, empecemos!”

Preguntas	Respuestas		
1. ¿Quieres ser como alguien que conoces?	No	A veces	Si
2. ¿Es importante para ti que te vaya bien en la escuela?	No	A veces	Si
3. ¿Sientes que tus papas /cuidador conocen mucho acerca de ti (por ejemplo, lo que te hace feliz, lo que te da miedo)?	No	A veces	Si
4. ¿Tratas de terminar actividades que empiezas?	No	A veces	Si
5. ¿Cuándo las cosas no salen como tú quieres, ¿puedes arreglarlo sin lastimarte a ti mismo u a otras personas o diciendo cosas desagradables)?	No	A veces	Si
6. ¿Sabes a donde ir para pedir ayuda?	No	A veces	Si
7. ¿Sientes que perteneces con otros niños?	No	A veces	Si
8. ¿Piensas que tu familia se preocupa por ti cuando hay tiempos difíciles (por ejemplo, si estas enfermo(a) o si hiciste algo malo)?	No	A veces	Si
9. ¿Piensas que le preocupas a tus amigos cuando hay tiempos difíciles (por ejemplo, si estas enfermo(a) o si hiciste algo malo)?	No	A veces	Si
10. ¿Te tratan justamente?	No	A veces	Si
11. ¿Tienes oportunidades de mostrar a otros que estas creciendo y que puedes hacer las cosas tú solo(a)?	No	A veces	Si
12. ¿Te gusta la forma en que tu familia celebra las cosas (como los días festivos o aprender sobre tu cultura)?	No	A veces	Si

13. ¿Cuántos adultos hay en tu vida que realmente se preocupan de ti? (esas personas pueden ser miembros de tu familia, entrenadores de equipos atléticos, mentores, vecinos, u otras personas) Encierre uno:
- Ninguno en este momento* 1 2 3 4 o más

14. ¿Duermes en el mismo lugar la mayoría de las noches?

Si *No* *Prefiero no contestar*

Student Information:

First and Last Name:

SIS #:

District:

School Name:

Grade: