 Liceo José Victorino Lastarria

 Rancagua

 “*Formando Técnicos para el mañana”*

 Orientación

**CUESTIONARIO ENCUESTA 1º MEDIO-JUNAEB. 2020**

**RBD: 2111-3 /CURSO:\_\_\_\_\_\_**

1. **Identificación del estudiante:**

RUN ESTUDIANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_APELLIDO MATERNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGIÓN EN QUE VIVE EL ESTUDIANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COMUNA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: CHILENA\_\_\_\_\_ EXTRANJERA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI ES EXTRANJERO(A), ¿CUÁL EL TIEMPO DE RESIDENCIA? AÑOS\_\_\_\_\_\_\_\_MESES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD DE LA MADRE: CHILENA\_\_\_\_ EXTRANJERA\_\_\_\_ ¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD DEL PADRE: CHILENA\_\_\_ EXTRAJERA\_\_\_\_ ¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO O ETNIA? SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Antecedentes de la familia:**

-¿QUIÉN CONTESTA LA ENCUESTA? AMBOS PADRES\_\_\_, SÓLO MADRE\_\_\_\_SÓLO PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTRO FAMILIAR\_\_\_\_, OTRO NO FAMILIAR\_\_\_\_, TUTOR LEGAL\_\_\_\_\_\_\_\_.

-RUN JEFE DE FAMILIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿CON QUIÉN VIVE EL ESTUDIANTE? Marque X

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Padre | Madre | Abuelo | Abuela | Hermano/a | Tío | Tía | Otro Familiar | Otro no familar | Viviendas estudiantes | Familia acogida | Residencia Sename | nadie | No sabe |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº personas por cada parentesco marcado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Qué integrante del hogar es el jefe de Familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Familiar que viva con el estudiante y que por salud, dependa de otro para realizar sus actividades cotidianas? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quién se encarga del traslado del estudiante? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

-¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS APROBADO POR…? Marque X

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ningún curso aprobado | Curso Enseñanza Básica (indicar) | Curso Enseñanza Media | Año Educación Superior | Post Grado | No sabe o no Aplica |
| La madre |  |  |  |  |  |  |
| El padre |  |  |  |  |  |  |
| El jefe de familia |  |  |  |  |  |  |

-TÍTULO TÉCNICO O PROFESIONAL QUE POSEEN…Marque X

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No tiene título | Título Técnico de liceo | Título Técnico Profesional (CFT o IP) | Título Universitario | No aplica o no sabe |
| La madre |  |  |  |  |  |
| El padre |  |  |  |  |  |
| El jefe (a) de familia |  |  |  |  |  |

-SITUACIÓN OCUPACIONAL DE… Marque X

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OCUPACIÓN | Está cesante | Empleador o patrón | Trabajador por cuenta propia | Asalariado del sector privado(empleado,,obrero jornalero) | Asalariado del sector público | Servicio doméstico puertas aden. | Servicio doméstico puertas Afuera | Trabajo familiar o personal no remunerado | Jubilado o Pensionado | Dueña (o) de casa | Estudiante | No aplica |
| De la madre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Del padre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jefe (a) de familia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

-¿CUÁNTAS HABITACIONES DE LA VIVIENDA SE UTILIZAN SÓLO PARA DORMIR? (no responden estudiante que viven en residencia del SENAME)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-EL ESTUDIANTE TIENE UNA CAMA DE USO EXCLUSIVO PARA ÉL O ELLA? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ NO SABE\_\_\_\_\_

-¿EXISTE UN ESPACIO DE LA VIVIENDA HABILITADO PARA EL USO DEL ESTUDIANTE QUE LE PERMITA REALIZAR SUS TAREAS ESCOLARES? SÍ\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_ SE HABILITA CUANDO LO NECESITA\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_

-LA VIVIENDA DONDE HABITA EL ESTUDIANTE SE ENCIUENTRA EN LUGARES PÚBLICOS DE RECREACIÓN PARA HACER ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_

1. **ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA EN LA PRIMERA INFANCIA.**

-EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO DEL O LA ESTUDIANTE. AÑOS\_\_\_\_\_ NO SABE\_\_\_\_\_

-EDAD DE LA MADRE DEL ESTUDIANTE AL MOMENTO DE SU PRIMER PARTO. AÑOS\_\_\_\_\_\_

NO SABE\_\_\_\_\_\_\_

-¿CUÁNTO PESÓ EL O LA ESTUDIANTE? Señalar Kilos y gramos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_

¿FUE PREMATURO? (Con menos de 37 semanas de gestión). SÍ\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HASTA QUÉ EDAD EL ESTUDIANTE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | No recibió | Entre 1 y 4 meses | Entre 5 y 6 meses | Más de 7 meses | No sabe |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ÉL O LA ESTUDIANTE ASISTIÓ A: | SÍ | NO | NO SABE |
| -Sala cuna |  |  |  |
| -Jardín Infantil (Nivel Medio) |  |  |  |
| -Pre Kinder (Transición I) |  |  |  |
| -Kinder (Transición II) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿EXISTE UNA FIGURA PATERNA PRESENTE EN LA CRIANZA DEL O LA ESTUDIANTES?Marcar X | Sí,siempre | Sólo en algunos períodos de tiempo | No, nunca | No aplica | No sabe |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿EXISTE UNA FIGURA PATERNA QUE APORTE RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA CRIANZA DEL O LA ESTUDIANTE? Marcar X | Sí, Siempre | Sí, pero insuficientes o esporádicos | NO, nunca | No aplica | No, sabe |
|  |  |  |  |  |

1. **SALUD DEL O LA ESTUDIANTE.**

**.¿QUÉ TAN PROBLEMÁTICO HA SIDO PARA EL O LA ESTUDIANTE COMPLETAR UNA TAREA?**

Nada\_\_\_\_\_Levemente\_\_\_\_\_\_Moderadamente\_\_\_\_\_\_Severamente\_\_\_\_\_\_Extremadamente, no puede hacerlo\_\_\_\_\_

No sabe\_\_\_\_\_

**-¿QUÉ TAN PROBLEMÁTICO HA SIDO PARA EL O LA ESTUDIANTE HACER LAS TAREAS, TAL Y CÓMO SE LE PIDEN EN LA ESCUELA?**

Nada\_\_\_\_\_Levemente\_\_\_\_\_Mderadamente\_\_\_\_\_\_Severamente\_\_\_\_\_\_Extremadamente no puede hacerlo\_\_\_\_\_

No sabe\_\_\_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LAS DIFICULTADES QUE PUDIERAN TENER EL/ O LA ESTUDIANTE PARA REALIZAR CIERTAS ACTIVIDADES; DEBIDAMENTE SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD. Marque X**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Dificultad severa | Dificultad extrema/ imposibilidad | No sabe |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otros/as jóvenes? |  |  |  |  |  |  |

**-SEGÚN LO QUE EL ESTUDIANTE NECESITA, INDIQUE CUÁL ES SU PERCEPCIÓN RESPECTO A: ¿QUÈ PUNTO EL LICEO FACILITA O DIFICULTA, LAS ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EN ÉL? Marque X.**

Facilita mucho\_\_\_\_\_Facilita Poco\_\_\_\_\_Ni facilita ni dificulta\_\_\_\_Dificulta poco\_\_\_\_\_Dificulta mucho\_\_\_\_No sabe

\_\_\_\_\_\_\_No responde\_\_\_\_\_\_

**-DEBIDO A SU SALUD. ¿QUÉ DISPOSITIVOS O RECURSOS DE APOYO PERMITEN ESTUDIAR MEJOR AL ESTUDIANTE?**

Lentes ópticos, muletas, audífonos, etc**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.-**

**ADEMÁS DE LOS RECURSOS QUE UTILIZA ¿CREE QUE NECESITARÏA ALGÜN DISPOSITVO DE APOYO QUE LE PERMITA ESTUDIAR MEJOR DEBIDO A SU SALUD?** Lentes ópticos, muletas, computador portátil, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÉL O LA ESTUDIANTE, HA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN **MÉDICO, CON ALGUNA ENFERMEDAD, QUE REQUIERA TRATAMIENTO MÈDICO O MEDICAMENTO POR UN LARGO PERÍODO DE TIEMPO?**

Sí\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Sí RESPONDIÓ SÍ, marque con una X la alternativa que le corresponde a continuación.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asma** | **Bronco Pulmonar** | **Diabetes tipo I** | **Diabetes Tipo II** | **Epilepsia** | **Obesidad** | **Enfermedad****Celiaca**  | **Dislipidemia** | **Alergia alimentaria** | **otra** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\_SI HA TENIDO EL O LA ESTUDIANTE INASISTENCIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD; EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? INDICAR CANTIDAD DE DÍAS. Marque con X**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninguno | Entre 1 y 5 días | Entre 6 y 10 días | Más de 10 días | No sabe |
|  |  |  |  |  |

**-EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS ¿CON QUÉ FRECUENCIA EL ESTUDIANTE/A HA VISITADO AL DENTISTA?**

**1 VEZ\_\_\_\_2 VECES\_\_\_\_\_MÁS DE 2 Veces\_\_\_\_\_\_\_NO LO HA VISITADO\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_**

**-SÍ EL ESTUDIANTE ES MUJER , ¿TUVOTA SU MENARQUÍA? (Primera regla) SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_NO SABE\_\_\_**

**-Si RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR: INDIQUE FECHA APROXIMADA EN LA QUE LA ESTUDIANTE TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN.**

**MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-ÉL O LA ESTUDIANTE ¿TIENE HIJOS NACIDOS O EN GESTACIÓN?**

**SÍ\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **CONTEXTO FAMAILIAR Y RELACIONES SOCIALES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** | **NO DESEA CONTESTAR** | **NO SABE** |
| **-Alguna de las personas que viven con el estudiante ha estado privado de libertad?** |  |  |  |  |
| **-¿Algún integrante de la familia que tenga contacto habitual con el estudiante, ha tenido problemas con la familia, en el barrio. Establecimiento por el consumo de alcohol y drogas.** |  |  |  |  |
| **-El estudiante ¿Ha tenido problemas en la familia, en el barrio o en el establecimiento por el consumo de alcohol y drogas?** |  |  |  |  |

**-DENTRO DEL HOGAR ¿EXISTE UN NIÑO O JOVEN EN EDAD ESCOLAR QUE REALICE UN TIPO DE TRABAJO?**

**SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_**

**-SÍ RESPONDIÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE EN LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trabaja y estudia** | **Sólo trabaja** | **Tiene trabajo remunerado** | **El trabajo que realiza no es remunerado** | **Trabaja dentro del hogar** | **Trabaja fuera del hogar** |
|  |  |  |  |  |  |

**\_EL CUIDADOR PRINCIPAL ¿LEE FRECUENTEMENTE DIARIOS, REVISTAS , LIBROS, ETC.**

**SI\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_**

**-Si RESPONDIÓ NO, EN LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE LO SIGUIENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No sabe leer** | **Falta de recursos** | **No es de su interés** | **No sabe** |
|  |  |  |  |

**-ALGON DE LOS FAMILIARES QUE VIVEN CON EL ESTUDIANTE, PARTICIPA ACTIVA O FRECUENTEMENTE EN ALGUNA ORGANIZACIÓN SOCIAL O RECREATIVO.**

**SÍ\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO SABE O APLICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **ESTILO DE VIDA, CARACTERÍSTICAS Y EXPECTATIVAS DEL O LA ESTUDIANTE.**

**MARQUE CON UNA X, LA ALTERNATIVA QUE MEJOR REPRESENTE LA FRECUENCIA CON QUE EL ESTUDIANTE REALIZA LO SIGUIENTE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Siempre | frecuentemente | Pocas veces | Casi nunca | Nunca |
| Lee libros fuera del plan de lectura obligatoria del establecimiento: |  |  |  |  |  |
| Se reúne a conversar y compartir con sus amigos/as y/o pololo (a) |  |  |  |  |  |
| Asiste a actividades culturales por iniciativa propia. |  |  |  |  |  |
| Participa en juegos y actividades físicas recreativas junto a otros jóvenes |  |  |  |  |  |
| Expresa sus sentimientos o emociones hacia los demás |  |  |  |  |  |
| Demuestra confianza y seguridad en sí mismo. |  |  |  |  |  |

**El O LA ESTUDIANTE, ¿TIENE ACCESO A UN MEDIO TECNOLÓGICO DIGITAL CÓMO PC, CELULAR, TABLET, PC, NOTEBOOK; ETC.?**

**Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ORDENE DE 1 a 7 PARA QUÉ LO UTILIZA.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jugar | Hacer tareas | Dibujar, pintar, escribir. | Conectarse a redes sociales | Escuchar música o ver videos | Sacar fotografías o Grabar videos | Buscar temas de interés propio |
|  |  |  |  |  |  |  |

**-¿El O LA ESTUDIANTE, PARTICIPA A LO MENOS UNA VEZ AL MES EN ALGÚN GRUPO U ORGANIZACIÓN?**

**SÍ\_\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-SI RESPONDE SÍ, EN LA PREGUNTA ANTERIOR, SEÑALE EN CUAL DE LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES PARTICIPA (marque X)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deportiva | Recreativa | Scouts | Religiosa | Artístico cultural | Estudiantil | Polìtica | Ecológica | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**-EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, SEÑALE CON QUÉ FRECUENCIA EL ESTUDIANTE REALIZÓ 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE INTENSIDAD MODERADA A VIGOROSA FUERA DE LAS HORAS DE CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninguna vez | 1 vez a la semana | 2 a 3 veces a la semana | 4 veces | 5 o más veces | No sabe. |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar el horario habitual de lunes a viernes en el que el estudiante: | Hora | Minutos | No sabe |
| SE DESPIERT AEN LA MAÑANA |  |  |  |
| SE DUERME EN LA NOCHE |  |  |  |

**-¿DUERME SIESTA EL ESTUDIANTE? Si\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_NO SABE\_\_\_\_\_**

**-SI DUERME SIESTA INDIQUE CANTIDAD DE MINUTOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**´CONSIDERANDO LA ÚLTIMA SEMANA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA EL ESTUDIANTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ASOCIADO AL SUEÑO? Marcar X**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna vez | 1 vez a la semana | 2 a 3 veces a la semana | 4 veces | 5 o más veces | No sabe |
| Fatiga diurna; cansancio, somnolencia |  |  |  |  |  |  |
| Dificultad para funcionar: Disminución del rendimiento en el trabajo en las tareas diarias, dificultades de concentración, problemas de memoria. |  |  |  |  |  |  |
| Problemas del estado de ánimo: irritabilidad, tensión nerviosismo, cambios bruscos de ánimo, depresión, ansiedad, mal humor, hostilidad. |  |  |  |  |  |  |
| Síntomas físicos: dolores o molestias musculares. |  |  |  |  |  |  |

-EXPECTATIVAS EN CUANTO A LA EDUCACIÓN DE SU HIJO O PUPILO, ¿CUÄL ES EL NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO QUE EL ESTUDIANTE ALCANZARÁ EN EL FUTURO?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No terminará la Enseñanza Media** | **Completará la Enseñanza Media** | **Obtendrá un título Técnico** | **Obtendrá un Título Profesional.** |
|  |  |  |  |