



## Encuesta breve del Programa de Prevención Universal Para mayores de 12 años

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta voluntaria. Sus respuestas son valiosas al momento de tomar decisiones sobre los programas que ofrecemos. Por favor, complete las preguntas que aparecen **a continuación y al reverso de esta encuesta**. Seleccione la respuesta que mejor represente su opinión. No hay respuestas correctas ó incorrectas. Todas las respuestas son anónimas.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Sus iniciales: \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Subescala de factores de protección BUPPS

Por favor, indique qué tan de acuerdo está actualmente con cada una de las siguientes afirmaciones:						
		Para nada (1)	Un poco (2)	Algo (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
1.	Me siento optimista con respecto al futuro.					
2.	Siento que formo parte de una comunidad.					
3.	Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con sentimientos desagradables					
4.	Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con pensamientos difíciles.					
5.	Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con comportamientos desafiantes.					
6.	Conozco recursos que pueden ser útiles para mí ó para alguien que quiero					

### Subescala de Bienestar WHO (su facilitador le informará si esto es aplicable)

Por favor, indique cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.							
En las últimas dos semanas...		En ningún momento (0)	Parte del tiempo (1)	Menos de la mitad del tiempo (2)	Más de la mitad del tiempo (3)	La mayor parte del tiempo (4)	Todo el tiempo (5)
7.	Me he sentido alegre y de buen ánimo						
8.	Me he sentido calmado y relajado						
9.	Me he sentido activo y enérgico						
10.	Desperté sintiéndome fresco y descansado						
11.	Mi vida diaria ha estado llena de cosas que me interesan						

### Subescala de crianza (su facilitador le informará si esto es aplicable)

Por favor, indique qué tan de acuerdo está actualmente con cada una de las siguientes afirmaciones:						
		Para nada (1)	Un poco (2)	Algo (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
12.	Cuido bien a mis hijos incluso cuando tengo problemas personales.					
13.	En mi familia, nos tomamos el tiempo de escucharnos entre todos.					
14.	Ayudo a mis hijos a que se calmen cuando están molestos.					
15.	Me siento feliz cuando estoy con mis hijos.					

Por favor, complete la página 2 al reverso →

Para uso del empleado/contratista del DMH:

Proveedor/ Agencia/ Facilitador:	<input type="checkbox"/> Evento único <input type="checkbox"/> Pre <input type="checkbox"/> Actualizar <input type="checkbox"/> Post	Número de sesiones:	Puntuación BUPPS (1-6):
Nombre del programa:		Código de identificación:	Puntuación WHO (7-11):
			Puntuación parental (12-15):

**Información Demográfica**

Si prefiere no contestar ninguna de las preguntas, marque "rechazar contestar" o deje la pregunta en blanco.

¿Cuál es su etnicidad? (Marque sólo una casilla. Si es multiétnico, marque "más de una etnia")	
<b>Etnias hispanas o latinas:</b>	
Caribe	
Centroamericano	
Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano	
Puertorriqueño	
Sudamericano	
Otro: _____	
<b>Etnias no hispanas:</b>	
Africano	
Asiático Indio/Sur de Asia	
Camboyano	
Chino	
Europeo Oriental	
Europeo	
Filipino	
Japonés	
Coreano	
Medio Oriente	
Vietnamita	
Otro: _____	
Más de un grupo étnico	
Rechazar responder	

¿Cuál es su raza? (Marque sólo una casilla)	
Indio Americano o Nativo de Alaska	
Asiático	
Negro o Afroamericano	
Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico	
Blanco	
Otro: _____	
Más de una raza	
Rechazar responder	

¿Qué idioma hablan en casa con más frecuencia? (Marque sólo una casilla)	
Árabe	
Armenio	
Camboyano	
Cantonés	
Inglés	
Farsi	
Hmong	
Coreano	
Mandarín	
Otros Chinos	
Ruso	
Español	
Tagalo	
Vietnamita	
Lenguaje de señas estadounidense	
Otro: _____	
Rechazar responder	

¿Es usted un veterano? (Marque sólo una casilla)	
Sí	
No	
Rechazar responder	

¿Cuál fue su sexo designado al nacer?	
Hombre	
Mujer	
X	
Otra categoría (Intersexualidad): _____	
Prefiero no responder	

Piensas en ti mismo como:	
Heterosexual	
Gay o Lesbiana	
Bisexual o pansexual	
Otra cosa (queer, asexual): _____	
Indeciso/indeciso por el momento	
No estoy seguro de lo que significa esta pregunta	
Prefiero no responder/prefiero no etiquetar	

¿Qué edad tiene? (Marque sólo una casilla)	
0-15 (niños/jóvenes)	
16-25 (jóvenes en edad de transición)	
26-59 (adultos)	
Mayores de 60 años (adultos mayores)	
Rechazar responder	

¿Tiene alguna discapacidad?*	
Sí	
No	
Rechazar responder	
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de discapacidad tiene? (Puede marcar más de una casilla)	
Discapacidad mental	
Una discapacidad física/movilidad	
Condición de salud crónica (incluido el dolor crónico)	
Dificultad para ver	
Dificultad para escuchar	
Otra discapacidad de comunicación: _____	
Otro tipo de discapacidad: _____	
Rechazar responder	
* Para este cuestionario, la discapacidad se define como una discapacidad mental o física que dura más de 6 meses y limita la actividad principal de la vida, pero que no es el resultado de una enfermedad mental grave.	

¿Cuál es tu identidad de género?	
Hombre	
Mujer	
Transgénero hombre/ Transmasculino	
Transgénero mujer/ Transfemenino	
No-binario (género queer o género expansivo): _____	
Otra categoría (dos espíritus): _____	
Indeciso/indeciso por el momento	
No se entiende el significado de esta pregunta	
Prefiero no responder	