



Encuesta breve del Programa de Prevención Universal

Versión Simplificada

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: _____ Los últimos cuatro dígitos de su número de teléfono: _____

Indique qué tan de acuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones. Si usted está respondiendo por otra persona, por favor, indique qué tan de acuerdo cree que esa persona estaría.

		Para nada (1) 	Un poco (2) 	Algo (3) 	Bastante (4) 	Mucho (5)
1.	Me siento optimista con respecto al futuro.	1	2	3	4	5
2.	Siento que pertenezco.	1	2	3	4	5
3.	Sé cómo lidiar con mis sentimientos.	1	2	3	4	5
4.	Sé cómo lidiar con mis pensamientos.	1	2	3	4	5
5.	Sé cómo comportarme.	1	2	3	4	5
6.	Sé cómo pedir ayuda para mí ó para alguien que quiero.	1	2	3	4	5

Por favor, complete la página 2 alreverso →

Para uso del empleado/contratista del DMH:

Provider / Agency / Facilitator:	<input type="checkbox"/> Single Event <input type="checkbox"/> Pre <input type="checkbox"/> Update <input type="checkbox"/> Post	Number of sessions:	BUPPS Protective Factors Score (1-6):
Name of Program:		Matching Code:	

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")	
Etnias hispanas o latinas:	
Caribe	
Centroamericano	
Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano	
Puertorriqueño	
Sudamericano	
Otro: _____	
Etnias no hispanas:	
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 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	

¿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	

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