CHP CENTER FOR HEALTH POLICY

IMPROVING COMMUNITY HEALTH THROUGH POLICY RESEARCH

Clínica de Salud Escolar - Encuesta de Padres
(School Health Clinic - Parent Survey)

Un equipo del Indiana University Centro de la Política de Salud le gustaría su opinión para entender mejor si las Clínicas de Salud Escolares en las Escuelas Autónomas de Marion County están beneficiando los estudiantes y sus familias. Estamos coleccionando esta información de parte de la Fundación de Richard M. Fairbanks (Richard M. Fairbanks Foundation).

Esta encuesta es voluntaria y confidencial (no vamos a compartir sus respuestas con la escuela de su(s) hijo(s)), y no tomara más de 5-10 minutos para completarlo. Si usted decide participar, tendrá la oportunidad de ganarse uno de cuatro tarjetas de regala de visa por $100.

Escoge una respuesta para cada pregunta, a menos que las instrucciones digan que escoja más que uno. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder al seleccionar "Prefiero no contestar." Si tiene más que un hijo en una escuela autónoma de Marion County, por favor contesta todas las preguntas basadas en el hijo con la fecha de nacimiento más reciente. Por favor seleccione si le gustaría proceder.

Le gustaría entrar a una competencia para posiblemente ganarse una de cuarto tarjetas de regalo de visa?

◯ *Si* ◯ *No*

Esta dispuesto(a) a hablar con nuestro equipo individualmente o en un grupo pequeño de otros padres para discutir la Clínica de Salud Escolar en más detalle? Si dice que "si" ahora, usted puede retirarse si nosotros lo(a) contactamos.

◯ *Si* ◯ *No*

Cuál es su nombre y apellido? _____

Cuál es su número telefónico? _____

Cuál es su dirección de correo electrónico? _____

Apreciamos su tiempo y ayuda!

Cual escuela autónoma de Marion County atiende su hijo? (Otra vez, si tiene más que un hijo en Marion County, por favor usa el hijo con la fecha de nacimiento más reciente cuando este contestando las preguntas.)

_____

Cuál es el género de su hijo(a)?

- ◯ *Hombre*
- ◯ *Mujer*
- ◯ *Otro*
- ◯ *Prefiero no contestar*

Cuál es su raza/etnicidad? (Escoge todos que aplican.)

- ◯ *Indígena Americano o Nativo de Alaska*
- ◯ *Americano Africano o Negro*
- ◯ *Asiático(a)*
- ◯ *Hispano/Latino*
- ◯ *Nativo Hawaiano o de las islas Pacificas*
- ◯ *Blanco*
- ◯ *Prefiero no contestar*

Tiene algún tipo de seguro de salud para sus necesidades de salud?

- ◯ *Si, a través de un empleador*
- ◯ *Si, gobierno (e.g., Medicaid, Healthy Indiana Plan)*
- ◯ *Si, compro un plan individualmente*
- ◯ *Si, otro* _____
- ◯ *No*
- ◯ *No estoy seguro(a)*
- ◯ *Prefiero no contestar*

Cuáles son los beneficios de tener la Clínica de Salud Escolar ? (Escoge todos que aplican)

- ◯ *Mejora la salud de los estudiantes*
- ◯ *Promueve educación de salud*
- ◯ *Ayuda reducir ausencias en la escuela*
- ◯ *Provee un lugar seguro para los estudiantes*
- ◯ *Mejor la seguridad de la escuela*
- ◯ *Provee intervención de crisis (ejemplo: suicidio)*
- ◯ *Otro* _____
- ◯ *Provee atención a las emergencia y auxilios*
- ◯ *Apoya el rendimiento académico*
- ◯ *Actúa como recurso*
- ◯ *Ayuda a los profesores a enfocarse en lo académico*
- ◯ *No veo beneficios*
- ◯ *Prefiero no contestar*

Cuáles son los inconvenientes o desventajas de tener una Clínica Escolar de Salud? (Escoge todos que aplican)

- ◯ *Atrae atención a problemas controversiales*
- ◯ *Estudiantes pueden usar servicios que sus padres no quieren que usen*
- ◯ *Quita fundos de otros programas escolares*
- ◯ *Otro* _____
- ◯ *Estudiantes lo pueden usar para no ir a clase*
- ◯ *Quita espacio de otros programas escolares*
- ◯ *No hay; no veo desventajas*
- ◯ *Prefiero no contestar*

Que cantidad de influencia piensa que la Clínica de Salud Escolar tiene sobre lo siguiente?

	Una cantidad Grande	*Más o Menos*	*Un poco*	*Ninguno*	*No se*	*Prefiero no contestar*
Reducir ausencias	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Reducir retiración temprano de la escuela	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Mejorar el rendimiento escolar	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Aumentar acceso a servicios de salud	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Crear un ambiente escolar mas seguro	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vincular estudiantes a recursos e información necesaria	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Aparte de la Clínica de Salud Escolar , cuando fue la última vez que su hijo(a) vio un doctor o enfermera para un examen físico o un chequeo cuando el(la) no estaba enfermo(a) o herido?

- ◯ Mi hijo(a) nunca ha tenido un examen físico o chequeo
- ◯ Hace 1 o 2 años
- ◯ No se/ no me acuerdo
- ◯ Dentro el ultimo año
- ◯ Hace más de 2 años
- ◯ Prefiero no contestar

	Ninguno	1-3 días	4 o más días	No se/No me recuerdo	Prefiero no contestar
Con que frecuencia ha perdido su hijo(a) escuela en el último mes para atender una cita médica o del dentista?	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Durante las últimas 4 semanas de escuela, cuantos días de escuela ha perdido su hijo(a) por problemas de SALUD como el flu, enfermedad, herida, dolor de diente, dolor de estómago, o asma?	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Durante las últimas 4 semanas de escuela, cuantos días de escuela perdió su hijo(a) por asuntos EMOCIONALES como estrés. sentirse triste, depresión, o problemas familiares?	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Durante las últimas 4 semanas de escuela, cuantos días de escuela perdió su hijo(a) por el uso de alcohol o drogas?	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

Tiene su hijo(a) una enfermedad crónica como asma o diabetes que requiere atención regular?

⬭ *Si* ⬭ *No* ⬭ *Prefiero no contestar*

Su hijo(a) ha visitado la Clínica de Salud este año?

⬭ *Si* ⬭ *No* ⬭ *No se* ⬭ *Prefiero no contestar*

Su hijo(a) ha recibido una vacuna de la Clínica de Salud este año académico?

⬭ *Yes* ⬭ *No* ⬭ *No se* ⬭ *Prefiero no contestar*

La Clínica de Salud lo ha hecho consiente de la elegibilidad para seguro de salud o le ha ayudado a usted inscribir su hijo(a) en seguro de salud?

⬭ *Yes* ⬭ *No* ⬭ *No se* ⬭ *Prefiero no contestar*

Ha visto cualquier de los siguientes cambios en su hijo(a) como resulto de la Clínica Escolar de Salud?

	Una gran cantidad	*Mas o menos*	*Un poco*	*Nada*	*No se*	*Prefiero no contestar*
Mejor Salud	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Menos ausencias relacionadas con la salud	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Mejor comportamiento en el salón de clase	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Mejor notas académicas	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
Mas planes o metas para el futuro	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

Tiene algunas sugerencias para ayudar la Clínica de Salud mejorar la comunicación con los padres y/o hacer que los servicios sean más efectivos?

Tiene algunos comentarios que le gustaría compartir? (Por ejemplo, historias personales sobre como la Clínica de Salud ha ayudado su hijo o ha usted.)