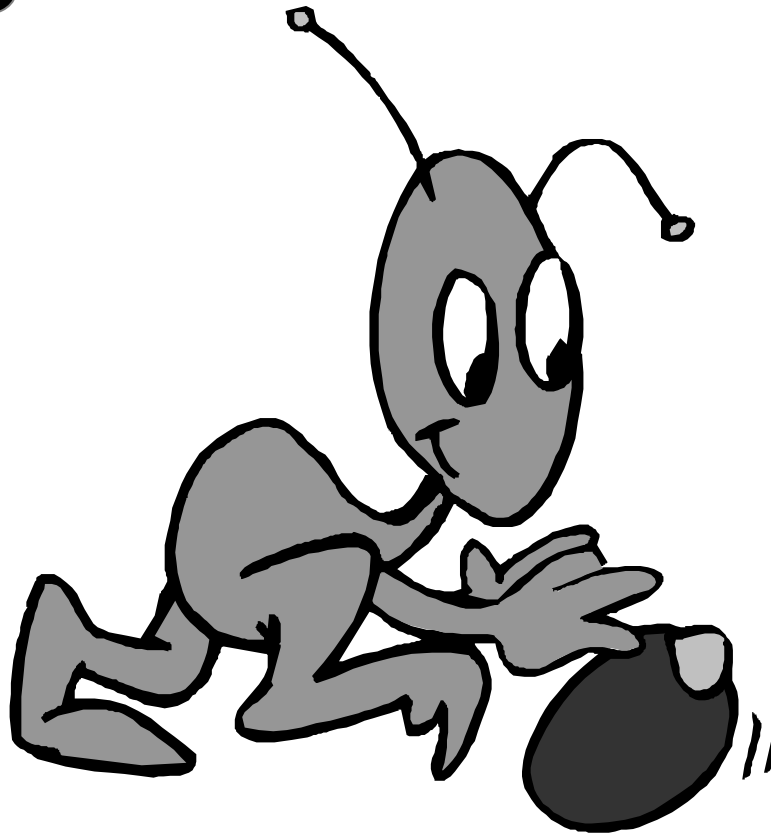


Cuestionario para niños

Kid-KINDL^R




iHola! Nos gustaría saber cómo estás. Para ello hemos preparado algunas preguntas y te pedimos que contestes.

- ⇒ Lee, por favor, cada una de las preguntas,
- ⇒ piensa cómo te ha ido durante la semana pasada,
- ⇒ marca con una cruz la respuesta que creas mejor para ti.

No hay respuestas buenas o malas.

Lo que nos importa es tu opinión.

Un ejemplo: 	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Durante la semana pasada me gustó escuchar música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario rellenado el:

Día/Mes/Año

SITIO
PARA PEGATINA O
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Por favor, cuéntanos primero algo sobre ti. Marca con una cruz o escribe

Eres un niño niña

Me llamo _____

Tengo ___ años

¿Cuántos hermanos/as tienes en total? 0 1 2 3 4 5 más de 5

¿A qué escuela vas?

Escuela primaria

Liceo /UTU

Escuela especial

¿En qué clase estás? _____

1. Primero queremos saber algo sobre tu cuerpo, ...

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... me sentí enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... me dolió algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... estuve cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... tuve mucha fuerza y energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ahora algo sobre cómo te sientes...

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... me reí y divertí mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... me aburrí mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... me sentí solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... tuve miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... y lo que piensas de ti mismo/a.

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... me sentí importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... me gustó como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... me sentí bien conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... tuve buenas ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Las siguientes preguntas son sobre tu familia...

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... me llevé bien con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... me sentí bien en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... tuvimos fuertes discusiones o peleas en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mis padres me prohibieron cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ...y ahora sobre tus amigos.

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... he jugué con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... les caí bien a otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... me llevé bien con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... me sentí diferente a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ahora nos gustaría saber algo sobre la escuela/liceo.

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... pude hacer bien las tareas de la escuela / del liceo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... me gustaron las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... me alegré al pensar en las semanas que vienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... tuve miedo de sacarme malas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Estás en el hospital o hace mucho tiempo que estás enfermo?

Si tu respuesta es **SI**, contesta por favor las 6 preguntas siguientes

Si tu respuesta es **NO**, entonces ya has terminado

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... tuve miedo de que mi enfermedad empeorara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... estuve triste por mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... me las arreglé bien con mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mis padres me trataron como a un niño más pequeño por culpa de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	... sentí que no quería que los demás se dieran cuenta de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	... me perdí actividades en la escuela/liceo por culpa de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!