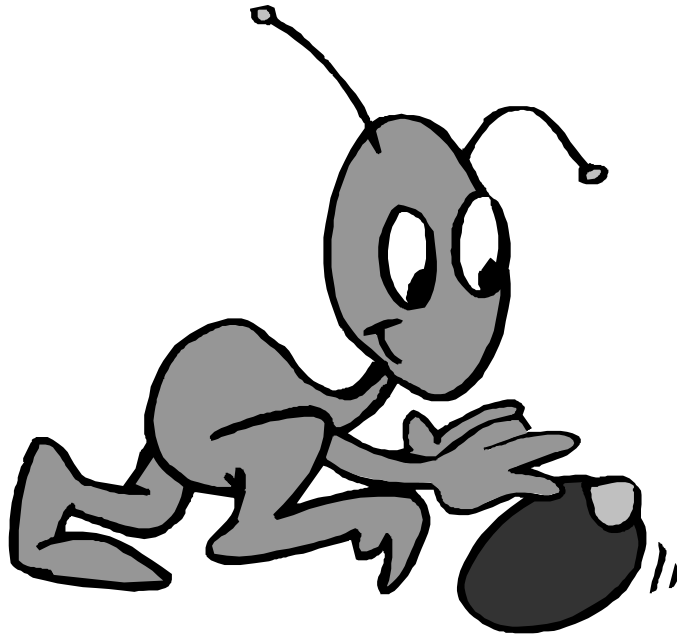


ID: _____

Cuestionario para niños

Kid-KINDL^R




Hola!

Nos gustaría saber cómo te sientes actualmente. Para ello hemos preparado algunas preguntas a las que te pedimos que contestes.

- ⇒ Lee, por favor, cada una de las pregunta
- ⇒ piensa cómo te fue durante la semana pasada,
- ⇒ en cada línea, marca la respuesta que creas mejor para ti.

No hay respuestas correctas o falsas. Lo que nos importa es tú 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)

Por favor, cuéntanos primero algo sobre ti. ¡Pon una cruz o escribe!



Yo soy un/a: niña o niño

Yo tengo: _____ años

¿Cuántos hermanos tienes? 0 1 2 3 4 5 más de 5

¿En qué escuela vas tú? Colegio publico/municipal Colegio privado
 Colegio particular subvencionado Doy exámenes libres

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 muy cansado/a o agotado | <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 orgulloso/a de mí mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... me gustó a mí mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... me sentí bien conmigo mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... tuve muchas 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 a gusto 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. ... me sentí que mis padres no me dejaban tomar decisiones | <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. ... hice cosas con mis amigos/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... les caí bien a los demás | <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 de 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.

| <i>Durante la semana pasada...</i> | nunca | casi nunca | algunas veces | casi siempre | siempre |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... pude hacer bien las tareas escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... me interesaron las clases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... me preocupé por mi futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... tuve miedo de sacar malas notas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Thank you for helping us!

