

Encuesta Sobre El Ambiente Escolar de Delaware Versión del Hogar

Por favor use solamente un lápiz #2

Sombree los círculos completamente como está este círculo ●

1. Nombre de la Escuela: _____

2. Por favor marque una de las siguientes opciones que mejor describa su relación con el niño/a o estudiante que vive en el hogar para el que está completando la encuesta:

___ Yo soy el padre o padrastro ___ Yo soy el abuelo ___ Yo soy el tío

___ Yo soy la madre o madrastra ___ Yo soy la abuela ___ Yo soy la tía

___ Yo no estoy relacionado ___ Otro

3. Marque el sexo del/la estudiante:

___ Masculino ___ Femenino

4. Marque la raza del/ la estudiante:

___ Nativo americano o Nativo de Alaska ___ Asiático americano ___ Negro o afroamericano

___ Nativo Hawaiano u otro isleño/a del pacífico ___ Hispano/Latino ___ Multi-Racial

___ Blanca o caucásica

5. Marque el grado escolar del/la estudiante:

___ Preescolar ___ K ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___ 11 ___ 12

6. La mayoría de los estudiantes con discapacidades recibe servicios de educación especial. Los estudiantes que reciben servicios de educación especial tienen un Programa de la Educación Individualizada (*IEP* por sus siglas en inglés) que está firmado cada año por los/as padres/ madres del estudiante. ¿Recibe su hijo/a o estudiante servicios de educación especial y tiene un *IEP*?

___ Sí ___ No ___ No lo sé

Si usted ha marcado no, por favor omita la #7 y #8 y proceda a la Parte I de la encuesta.

7. Si el/ la estudiante tiene una discapacidad y un *IEP*, por favor seleccione la categoría de Elegibilidad Primaria del/la estudiante, como se indica en el *IEP* (si no tiene ninguna discapacidad o *IEP*, por favor omita esta pregunta).

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual y ceguera | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Leve | <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Emocionales |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Moderada | <input type="checkbox"/> Sordera Ceguera | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Severa | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y del lenguaje | <input type="checkbox"/> Otros Impedimentos de Salud |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática (<i>TBI</i> , por sus siglas en inglés) | |

8. Si el/la estudiante tiene una discapacidad y un *IEP*, por favor seleccione el tiempo durante el día escolar en que el/la estudiantes está con otros niños/as que no tienen discapacidades.

___ El día escolar completo ___ Más de la mitad del día escolar ___ Menos de la mitad del día escolar
___ Rara vez o Nunca

Esta parte de la encuesta es sobre lo que piensa usted de la escuela a la que su hijo/a o estudiante asiste este año. Por favor sombree el círculo que mejor indique lo que piensa de cada enunciado. Responda cada pregunta basándose en sus propias experiencias con la escuela así como las de su hijo/a o estudiante. Si no está seguro/a de cómo responder, por favor trate de acertar. No dé su nombre. Nadie sabrá quién completó esta encuesta.

Parte I: Escala de Ambiente Escolar Por favor lea cada enunciado y marque la respuesta que mejor indique cuán de acuerdo está usted. EN ESTA ESCUELA ...	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Los/as maestros/as escuchan las preocupaciones de los/as padres/madres.				
2. Los/as maestros/as tratan con respeto a los/as estudiantes de todas las razas.				
3. Las reglas de la escuela son justas.				
4. Los/as estudiantes están seguros en los pasillos.				
5. Las reglas están claras para todos los estudiantes.				
6. En general, el ambiente escolar es positivo.				
7. Los/as maestros/as se preocupan por sus estudiantes.				
8. Las consecuencias por no cumplir las reglas son justas.				
9. Estoy satisfecho/a con la educación que reciben los/las estudiantes.				
10. Los/a estudiantes saben cuál es la conducta que se espera de ellos/as.				
EN ESTA ESCUELA...	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
11. Los/as estudiantes son amistosos/as entre sí.				
12. Los/as estudiantes se llevan bien entre ellos/as.				
13. Los estudiantes se sienten seguros/as.				
14. Estoy satisfecho/a con la disciplina escolar.				
15. Los/as estudiantes saben cuáles son las reglas.				
16. Los/as estudiantes se cuidan entre sí.				
17. Los/as maestros/as escuchan a los estudiantes cuando estos/as tienen problemas.				
18. El Código de Conducta de la escuela es razonable.				
19. Los/as estudiantes saben que están seguros/as en la escuela.				
20. Está claro cuál es la conducta que se espera de los/as estudiantes.				

21. Los/as estudiantes respetan a aquellos que son diferentes.				
EN ESTA ESCUELA...	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
22. Los adultos que trabajan allá se preocupan por los/as estudiantes.				
23. Las/os maestras/os muestran respeto hacia los padres/madres.				
24. Los/as maestros/as trabajan en estrecha colaboración con los padres/madres para ayudar a los/as estudiantes cuando tienen problemas.				
25. Las/os maestras/os hacen un buen trabajo comunicándose con los padres y madres.				
26. Los/as estudiantes se tratan con respeto entre ellos/as.				
27. Los/as maestros/as gustan de sus estudiantes.				
28. Las reglas del salón de clase son justas.				
29. Me gusta esta escuela.				

PARTE II. Escala de <i>Bullying</i>/Acoso escolar Desde septiembre, ¿Qué tan frecuente otro/a(s) estudiante(s) le ha hecho lo siguiente a su hijo/a en esta escuela? Por favor marque la respuesta que mejor describa la frecuencia.	Nunca	Menos de Una Vez al Mes	Una o Dos Veces al Mes	Una Vez a la Semana	Varias Veces a la Semana	Todos los Días
1. Mi hijo/a fue objeto de burlas por alguien que le dijo cosas hirientes a él/ella.						
2. Mi hijo/a fue empujado a propósito.						
3. Los/as estudiantes excluyeron a mi hijo/a de actividades para hacerlo/la sentir mal.						
4. Un/a estudiante le dijo cosas desagradables a mi hijo/a.						
5. Mi hijo/a fue golpeado o pateado y le dolió.						
6. Un/a estudiante enfatizó o hizo que otros no gusten de mi hijo/a.						
7. A mi hijo/a le llamaban por nombres que a él/ella no le gustaban.						
8. Un/a estudiante robó o rompió algo de mi hijo/a intencionalmente.						
9. Un/a estudiante hizo que otros/as digan cosas desagradables sobre hijo/a.						
10. Bromas hirientes fueron hechas sobre mi hijo/a.						
11. Un/a estudiante amenazó con hacerle daño a mi hijo/a.						
12. Los/as estudiantes le dijeron a otro u otra estudiante que no sea amigo/a de mi hijo/a porque a ellos/as no les gustaba mi hijo/a.						
13. Otro estudiante envió a mi hijo/a un mensaje malicioso e hiriente sobre como él /ella usa el correo electrónico, mensaje de texto u otro mensaje electrónico.						

14. A través de correo electrónico, mensajes de texto u otros mensajes electrónicos, un estudiante envió a otros un mensaje malicioso e hiriente sobre mi hijo/a.						
15. Otro estudiante publicó algo malicioso e hiriente sobre mi hijo/a en un sitio web de medios sociales como Facebook, Twitter o Instagram.						
16. A través de mensaje de texto, sitio web de medios sociales, correo electrónico o un método similar, otro estudiante pretendiendo hacerse pasar por mi hijo/a envió o publicó algo dañino o malicioso sobre él/ella u otros.						
17. Mi hijo/a fue <i>bullied</i> o acosado en esta escuela.						

PARTE III: Escala de Participación del Estudiante Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor indique cuánto está de acuerdo.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Mi hijo/a presta atención cuando está en clase.				
2. Mi hijo/a trata lo mejor de sí en la escuela.				
3. Mi hijo/a se siente contento/a en la escuela.				
4. Mi hijo/a sigue las reglas en la escuela.				
5. Mi hijo/a entrega su tarea escolar a tiempo.				
6. Mi hijo/a piensa que su escuela es un lugar divertido para estar.				
7. Cuando mi hijo/a no hace un buen trabajo, trabaja más duro para mejorar.				
8. Mi hijo/a obtiene buenas calificaciones en la escuela.				
9. A mi hijo/a le gustan los/as estudiantes que vienen a esta escuela.				
10. Mi hijo/a no se mete en problemas en la escuela.				
11. Cuando mi hijo/a comete un error, él/ella trata de enmendarlo.				
12. Mi hijo/a gusta de esta escuela.				

Gracias por disponer de tiempo para completar esta encuesta.