





Si en la pregunta B3, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de su otra madre y/o su otro padre:

¿Cuál fue el último año de estudios aprobado por?:	Ningún curso aprobado	Enseñanza Básica								Enseñanza Media				Educación Superior							Post Grado	No sabe/ No aplica			
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º					
11.1. Otra madre																									
12.1. Otro padre																									

Marque con una equis (X) la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnico o Profesionales que posee:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
14. La madre del/la estudiante					
15. El padre del/la estudiante					
16. El jefe o jefa de familia					

Si en la pregunta B3, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de Título de estudios Técnicos o Profesionales que posee su otra madre y/o su otro padre:

	No tiene Título	Título Técnico de Liceo	Título Técnico Profesional (CFT o IP)	Título Universitario	No aplica/ No sabe
14.1. Otra madre					
15.1. Otro padre					

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la estudiante durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a por cuenta propia	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
17. De la madre												
18. Del padre												
19. Del jefe o jefa de familia												

Si en la pregunta B3, la cantidad de madres y/o padres es 2, marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente (SÓLO UNA) la Situación Ocupacional que posee su otra madre y/o su otro padre durante LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

¿Cuál es la ocupación?	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a independiente	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueño/a de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
17.1 Otra madre												
18.1 Otro padre												

**Antecedentes de la vivienda que habita el/la estudiante:**

20. Clasifique cuál es el tipo de vivienda en la que vive el/la estudiante. Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la situación de la vivienda que habita.

Casa	Departamento en edificio	Pieza en casa antigua o conventillo	Mejora o mediagua	Rancho, choza	Vivienda tradicional indígena	Vivienda precaria de materiales reciclados (latas, plásticos, cartones)

21. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan SÓLO PARA DORMIR? (\*) (\*\*)

(\*) No contestan quienes viven en Residencia del Servicio Mejor Niñez u otra residencia de protección o Centro privativo de libertad del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil.  
(\*\*) Se debe contestar con números, según corresponda.

Marque con una (X) en el casillero correspondiente	Sí	No	No sabe
22. El/la estudiante, ¿tiene una cama de uso EXCLUSIVO para él/ella?			

	Sí	No	No, pero se habilita cuando se necesita	No Sabe
23. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la estudiante, que le permita realizar sus tareas escolares y guardar sus pertenencias?				
24. ¿Existe un espacio de la vivienda o inmediatamente fuera de ella, habilitado para el uso del/la estudiante que le permita realizar actividades en su tiempo libre?				
25. ¿La vivienda de la familia se encuentra accesible por cercanía (a menos de 20 cuadras) y/o tiempo de traslado, a algún Servicio de Salud Público (Hospital, Consultorio de Atención Primaria, Centro de Salud Familiar (CESFAM) o Posta)?				
26. ¿La vivienda de la familia se encuentra cercana (a menos de 20 cuadras) a uno o más lugares públicos de recreación que le permita al/la estudiante realizar juegos o actividades físicas y/o recreativas?				

27. Según su percepción, ¿Qué tan seguro es para el/la estudiante desplazarse por su barrio, durante el día?	Muy seguro	Algo seguro	Poco seguro	Nada seguro	No sabe/ No desea responder

### C.- ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA

#### Primera infancia

Ponga en la casilla de la derecha el número que corresponda	Años	No sabe
1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la estudiante?		

Responder registrando el peso en kilos y gramos

2. ¿Cuánto pesó el/la estudiante al nacer?	Peso	Gr.	No sabe
Responder registrando el peso en kilos y gramos.			

Señalar con una (X) en el casillero correspondiente

	Sí	No	No sabe
3. ¿El embarazo del/la estudiante fue de riesgo? (por ejemplo: diabetes gestacional, embarazo ectópico, preeclampsia, entre otros.)			

Marque con una (X) la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la estudiante.

4. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la estudiante? (hace actividades con él o ella, le ayuda con las tareas, lo/a lleva al médico, etc.)	Sí, siempre	Sólo en algunos períodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe

Marque con una (X) en el casillero correspondiente

5. ¿Existe una figura paterna que aporte recursos económicos para la crianza del/la estudiante?	Sí, siempre	Sí, pero insuficientes o esporádicos	No, Nunca	No aplica	No sabe

#### Estimulación y apoyo

Durante el ÚLTIMO MES, ¿con qué frecuencia usted o el/la cuidador/a principal ha realizado las siguientes actividades con el/la niño/a:

	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
6. Cantó o tocó algún instrumento junto con su hijo/a?					
7. Realizó alguna actividad cultural con su hijo/a fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?					
8. Realizó alguna actividad deportiva con su hijo/a?					
9. Realizó alguna actividad al aire libre con el/la estudiante como paseos o excursiones?					
10. Llevó al o la estudiante a visitar amigos o familiares?					

#### D.- SALUD DEL/LA ESTUDIANTE

Para responder las siguientes preguntas, por favor considere las ayudas que recibe el/la estudiante para realizar la actividad, ya sea ayuda de terceros, medicamentos que consume y todos los dispositivos de apoyo, tales como lentes, audifonos, bastón, silla de ruedas, entre otros.

Según su percepción, en el último mes y comparado con otros/as estudiantes de la misma edad:

	Nada problemático	Levemente problemático	Moderadamente problemático	Severamente problemático	Extremadamente problemático/ No puede	No sabe
1. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante completar una tarea?						
2. ¿Qué tan problemático ha sido para el/la estudiante hacer las tareas, tal y cómo se le piden en la escuela?						

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la estudiante para realizar ciertas actividades, debido SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD y sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le ayudan

	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Dificultad extrema / Imposibilidad	No sabe
3. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes?						
4. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audifonos?						
5. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar?						
6. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros?						
7. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender?						
8. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? Por ejemplo, cuando se le pide terminar una tarea o frente a una negación.						
9. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otros/as jóvenes?						

10. Debido a su salud, ¿el/la estudiante utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas? (Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.)

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

11. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan realizar mejor sus actividades cotidianas debido a su salud?

Marque con una equis (X) la o las alternativas correspondientes.

Ayudas visuales	
Ayudas auditivas	
Ayudas para el desplazamiento o movilidad	
Ayudas para la alimentación	
Equipamiento tecnológico o pedagógico adaptado	
Otras ayudas	
Ninguno	

12. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la estudiante? Marque con una (X) en la casilla que corresponda

Desnutrido/a	En riesgo de desnutrición	Peso normal	Sobrepeso	Obeso/a

13. El/la estudiante, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera terapia, tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo?

SÍ	NO	No sabe

14. Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

Asma	Bronco Pulmonar	Diabetes tipo I	Diabetes tipo II	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad Celiaca	Dislipidemia	Alergia alimentaria	Intolerancia a la lactosa	Trastornos del espectro autista (TEA)	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de conducta alimentaria (TCA)	Trastorno depresivo	Otra enfermedad o condición de salud mental	Otra enfermedad o condición de salud física

#### Salud Bucal

15. El/la estudiante, ¿tiene presencia de Caries?

Una caries	Dos o más caries	No se observan caries	No se puede evaluar

16. Si tiene caries, ¿El/la estudiante se encuentra en tratamiento dental?

Sí	No	No sabe

17. El/la estudiante, ¿tiene necesidad dental? Se entiende que tiene necesidad dental si presenta UNA o MÁS de las siguientes situaciones: manchas color café o zonas transparentes en los dientes, presencia de pigmentación, sarro u otros depósitos adheridos en los dientes, encías enrojecidas con sangramiento fácil, higiene dental deficiente y/o halitosis (mal aliento), presencia de dolor o infección en la boca, presencia de mordida anormal. Marque con una equis (X) en el casillero correspondiente.

Sí	No	No sabe	No se puede evaluar

18. El/la estudiante, ¿a qué edad visitó por primera vez al/la dentista?

Antes de los dos años	A los dos años	A los tres años	A los cuatro años	Después de los 4 años	No lo ha visitado	No sabe

19. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el/la estudiante ha visitado al/la dentista?

1 vez	2 veces	Más de 2 veces	No lo ha visitado	No sabe

20. Si la estudiante es mujer, ¿tuvo ya su menarquia (primera regla)?

Sí	No	No sabe

21. Si respondió Sí a la pregunta anterior, indique la fecha aproximada en que la estudiante tuvo su primera menstruación.

Mes	Año

22. El o la estudiante, ¿tiene hijos/as nacidos/as en los últimos 6 meses o en gestación?

Sí	No	No sabe

#### E.- CONTEXTO FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

Marque con una (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor representa la situación de la familia. Recuerde que todas las preguntas son estrictamente confidenciales.

	Sí	No	No desea contestar	No sabe
1. ¿Alguna de las personas que viven con el/la estudiante, ha estado privada de libertad?				
2. ¿Algún integrante de la familia, que tenga contacto habitual con el/la estudiante, ha tenido problemas en la familia, en el barrio o en el trabajo por el consumo de alcohol y/o drogas?				
3. El/la estudiante, ¿ha tenido problemas en la familia, en el barrio o en el establecimiento por el consumo de alcohol y/o drogas?				

4. Dentro del hogar, ¿existe un/a niño/a y/o joven en edad escolar que realice algún tipo de trabajo?

Sí	No	No sabe

5. Si respondió Sí en la pregunta anterior, marque la opción que corresponda en la siguiente pregunta, El/la niño/a o joven:

Trabaja y estudia	Sólo trabaja

6. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la estudiante participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras).

Sí	No	No sabe o no aplica

#### F. ESTILO DE VIDA, CARACTERÍSTICAS Y EXPECTATIVAS DEL/LA ESTUDIANTE

Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la frecuencia con que el/la estudiante realiza lo siguiente:

	Siempre	Frecuentemente	Pocas veces	Casi Nunca	Nunca
1. Lee libros fuera del plan de lectura obligatoria del establecimiento					
2. Se reúne a conversar y compartir con sus amigos/as y/o pololo/a					
3. Asiste a actividades culturales y/o artísticas por iniciativa propia (exposiciones de artes visuales, obras de teatro, danza, recitales, etc.)					
4. Participa en juegos y actividades físicas recreativas junto a otros/as jóvenes					
5. Expresa sus sentimientos o emociones hacia los demás (ej.: alegría, pena, rabia, etc.)					
6. Demuestra confianza y seguridad en sí mismo/a					

7. ¿El o la estudiante tiene acceso en el hogar a un computador (PC, notebook o tablet) con conexión a internet para usarlo en sus estudios?

Marque con una equis (X) en el casillero que corresponde:

Sí, puede usarlo cada vez que lo necesita	Sí, pero no puede usarlo cada vez que lo necesita	No	No sabe



14. Bebidas y jugos procesados (1 unidad= 1 vaso grande o 1 lata de 350 ml)									
15. Alimentos ultra procesados (con más de 5 ingredientes) o con sellos "ALTOS EN" (1 unidad= 1 paquete individual o una taza del producto)									
16. Pan 1 unidad = 1 pan tipo hallulla o 2 dientes de la marraqueta o 1 arepa o similar.									

17. ¿Cuál es el tipo de alimentación que practica el/la estudiante? Señale la opción elegida con una X.

Dieta omnívora Come productos tanto de origen animal como vegetal.	Dieta vegana Sólo come alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, granos y cereales, nueces y semillas). No come ningún producto animal (carne roja, aves, pescado, huevos, lácteos, incluso la miel).	Dieta ovo-lacto-vegetariana Come huevos y productos lácteos, como leche, queso, yogurt, etc. No come carnes rojas, aves o pescado.	Dieta lacto-vegetariana Consumo productos lácteos y de origen vegetal. No come huevos ni carnes rojas, aves o pescado.	Dieta especial por condición de salud	No sabe

18. Señale con una X, ¿Con qué frecuencia, el/la estudiante come porque se siente triste, deprimido/a, enojado/a, frustrado/a, ansioso/a o nervioso/a?

Nunca	Pocas veces	A veces	Siempre	No sabe

**Entornos alimentarios (Acceso y disponibilidad de alimentos)**

La familia, ¿ha tenido alguna dificultad para adquirir los siguientes alimentos? Marque con una X sólo una opción por alimento.	Sí	No	No consume	No sabe
19. Carnes				
20. Pescados, mariscos y algas				
21. Abarrotes (por ejemplo: arroz, fideos, conservas)				
22. Frutas				
23. Verduras				
24. Legumbres				
25. Lácteos				

26. Si ha tenido alguna dificultad para adquirir uno o más alimentos, responda ¿Cuáles problemas fueron? Marque con una X todas las alternativas que correspondan.	Falta de dinero	Falta de tiempo	Productos no disponibles en entorno cercano	Otros problemas

La familia, ¿cómo se abastece principalmente de los siguientes alimentos? Señale con una X la opción que más utiliza.	Negocios cercanos (almacén, mini market)	Supermercados	Del propio huerto o crianza	Intercambio con vecinos	Compra a vecinos	Caleta, mercado o feria	Marisca o pesca	Otro (ejemplo: olla común, comprando juntos, donaciones)	No aplica, no consume ese alimento	No sabe
	27. Carnes									
28. Pescados, mariscos y algas										
29. Abarrotes										
30. Frutas										
31. Verduras										
32. Legumbres										
33. Lácteos										

34. ¿Con qué frecuencia, la familia se abastece de los alimentos? Marque con una X, la opción que más ocupa.	Diariamente	Una vez por semana	Cada quince días	Una vez al mes	No sabe

**Programa de Alimentación Escolar Junaeb (PAE)**

35. Desde el inicio del año escolar 2024, ¿cuántas veces el/la estudiante ha recibido alimentación del PAE?

Marque con una X la alternativa que corresponde:

Todos los días	3 o más veces a la semana	Menos de 3 veces a la semana	Nunca	No sabe o no quiere responder

36. Si el o la estudiante ha recibido alguna vez alimentación en el establecimiento, ¿Cuál o cuáles servicios recibió?

Marque con una X todas las alternativas que correspondan:

Desayuno	Almuerzo	Once	Cena	Tercer Servicio	Canasta celíaca

**MUCHAS GRACIAS POR HABER COMPLETADO LA ENCUESTA.**