**Encuesta**

 **Parvularia 2020**

Estimados padres, madres y/o apoderados: necesitamos de su colaboración para responder esta encuesta, la información que usted entregue es confidencial y le permitirá a Junaeb y a otros servicios públicos conocer la condición de vulnerabilidad de su hijo/a y así crear programas de apoyo y entregar servicios y beneficios adecuados a sus necesidades.

Le solicitamos que pueda responder en forma fidedigna lo que se consulta en conjunto con la Educadora de Párvulos de su hijo/a, quien le orientará en las alternativas de respuesta.

**JUNAEB COMPROMETE QUE ESTA ENCUESTA SÓLO SERÁ UTILIZADA PARA LA MEDICIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS Y LOS NIÑOS. LA INFORMACIÓN SERÁ RESGUARDADA SEGÚN ESTABLECE LA LEY N° 19.628 (SOBRE PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RBD: |  |  |  |  |  |  | - |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pre Kínder Transición I |  | Kínder Transición II |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

|  |
| --- |
| Sexo |
| F |  | M |  |

|  |
| --- |
| Fecha de Nacimiento |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

* 1. Región y Comuna de Residencia

|  |  |
| --- | --- |
| Región | Comuna |
|  |  |

* 1. Nacionalidad Estudiante 3. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si la nacionalidad es extranjera, ¿Cuál es el tiempo de residencia en Chile? Registrar el tiempo, independiente de su situación legal.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Años |  |  | Meses |  |  |

1. Nacionalidad de la Madre

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

7. Nacionalidad del Padre

6. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si es extranjera, especifíque cuál es la nacionalidad que posee.

|  |  |
| --- | --- |
| Chilena | Extranjera |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boliviana | Peruana | Argentina | Colombiana | Ecuatoriana | Haitiana | Venezolana | Otra. ¿Cuál? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Etnia. ¿El o la Estudiante pertenece a algún Pueblo Originario?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. Si señaló SÍ, especifique la etnia que posee.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aimara | Rapanui o Pascuense | Quechua | Mapuche | Lican Antai o Atacameña | Colla | Alacalufe o Kawashkar | Yagán o Yámana | Diaguita |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ANTECEDENTES DE LA FAMILIA DEL NIÑO O LA NIÑA

* 1. Responda registrando con una equis (X) en el casillero correspondiente o completando según la información solicitada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Quién contesta la encuesta? | Ambos padres | Sólo la madre | Sólo el padre | Otro familiar | Otro no familiar | Tutor o Apoderado Legal |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. RUN Jefe o Jefa de Familia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUN |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

Estructura de la Familia

familiar

o de

* 1. ¿El Jefe o Jefa de Familia posee RUN?

\*Sólo responder si se dejó en blanco la pregunta anterior

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Señale con una equis (X) en los casilleros respectivos todas las alternativas que correspondan según la pregunta: | Padre | Madre | Abuelo | Abuela | Hermano/a | Tío | Tía | Otrofamiliar | Otro no | Familia deacogida | Residencia Senameprotección | Nadie | No sabe |
| 4. ¿Con quién vive el niño o la niña? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Indique número de personas para cada parentesco marcado\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Qué integrante de la familia es el Jefe o Jefa de Familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. ¿Quién cuida del niño o niña los días de semana, fuera del horario escolar? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿Hay algún familiar que viva con el niño o la niña, que por motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿Quién se encarga del traslado de el/ la niño/niña? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10. ¿Cuántas personas, incluido/a el/la niño /niña, viven en el hogar?

\*No contestan los niños o niñas que viven en Residencia Sename o de protección

Antecedentes de Escolaridad de los Padres del niño o la niña

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente, la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad de la madre y el padre del/la niño /niña. La escolaridad del/la Jefe/a de Familia sólo se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál fue el último añode estudios aprobado por: | Ningún curso aprobado | Enseñanza Básica | Enseñanza Media | Educación Superior | Post Grado | No sabe o no aplica |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 1º | 2º | 3º | 4º | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º |
| 11. la madre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. el padre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. el/la jefe/a de familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No tieneTítulo | Título Técnicode Liceo | Título TécnicoProfesional (CFT o IP) | TítuloUniversitario | No aplicao no sabe |
| 14. la madre? |  |  |  |  |  |
| 15. el padre? |  |  |  |  |  |
| 16. el/la jefe/a de familia? |  |  |  |  |  |

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.

cesante

o Patrón/a

Cuenta Propia

Privado (Empleado/a,

del Sector Público

Doméstico Puertas

Doméstico Puertas

o Personal No

Pensionado/a

de Casa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál es la ocupación... | Se encuentra | Empleador/a | Trabajador/a por | Asalariado/a del SectorObrero/a, Jornalero/a) | Asalariado/a | Personal de ServicioAdentro | Personal de ServicioAfuera | Trabajo FamiliarRemunerado | Jubilado/a o | Dueño/a | Estudiante | No sabe o No Aplica |
| 17. de la madre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. del padre? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. del/la jefe/a de familia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí,siempre | Sí, pero insuficienteso esporádicos | Nunca | Noaplica | Nosabe |
| 20. Si el niño o la niña no vive con el padre o la madre,¿éste o ésta aporta recursos económicos para su crianza? |  |  |  |  |  |

Antecedentes de la Vivienda que habita el niño o la niña

Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la situación de vivienda en que habita el/ la niño/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21. Clasifique el tipo de vivienda en el que vive el niño o niña | Casa | Departamento en edificio | Pieza en casa antigua oconventillo | Mejora o mediagua | Rancho, choza | Ruca | Otro tipo de vivienda |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22. ¿Cuál es la situación de propiedad de la vivienda en que habita la familia? | Propia pagada | Propia pagándose | Arrendada | Cedida (por trabajo, servicioo comodato) | Ocupada irregularmente(vivienda en toma) | Allegados | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 23. La vivienda de la familia,¿bajo qué situación ocupa el sitio? | Propio pagado | Propio pagándose | Arrendado | Cedido (por servicios,familiar u otra) | Usufructo (sólo uso y goce) | Toma de terreno | Campamento o Aldea |
|  |  |  |  |  |  |  |

24. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan sólo para dormir? No contestan niños o niñas que viven en Residencia Sename o de protección. Se debe contestar con números, según corresponda.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sabe |
| 25. ¿La vivienda cuenta con baño con sistema de eliminación de excretas? |  |  |  |
| 26. El/la niño/niña, ¿tiene una cama de uso exclusivo para él/ella? |  |  |  |
| 27. El/la niño o niña, ¿comparte la cama con otras personas regularmente? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No, pero se habilitacuando se necesita | Nosabe |
| 28. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la niño /niña y que le permita jugar? |  |  |  |  |
| 29. ¿La vivienda de la familia se encuentra accesible por cercanía y/o tiempo de traslado a algún Servicio de Salud Público (Hospital, Consultorio de Atención Primaria o Posta)? |  |  |  |  |
| 30. ¿La vivienda de la familia se encuentra cercana a uno o más lugares públicos de recreación que le permita a el/la estudiante realizar juegos o actividades físicas y recreativas? |  |  |  |  |

# ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO O LA NIÑA

Medición de Peso y Talla

Las preguntas 1, 2 y 3 deben ser respondidas por la Educadora de Párvulos en relación con los resultados de la Medición que ella o el Servicio de Salud realizó:

|  |
| --- |
| 1. Peso |
|  |  | , |  | Kilos |

|  |
| --- |
| 2. Estatura |
|  |  |  | Centímetros |

|  |
| --- |
| 3. Fecha en que se realizó la medición |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

Hábitos de sueño

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar el horario habitual de lunes a viernes en que el niño/ la niña… | Hora | Minutos | No sabe |
| 4. Se despierta en la mañana |  |  |  |
| 5. Se duerme en la noche |  |  |  |

6. ¿Duerme siesta el niño/ la niña? (lunes a viernes)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

7. Si en la pregunta anterior señaló Sí, debe indicar la cantidad en MINUTOS (1 hora = 60 minutos)

1. Considerando la ÚLTIMA SEMANA: ¿El/la niño/niña tiene algún problema asociado al sueño que interfiera en su funcionamiento diario? Como por ejemplo: alteración del ánimo, falta de concentración, entre otros.

Salud Bucal.

1. Presencia de Caries.
2. Si tiene caries ¿El niño o la niña se encuentra en tratamiento dental?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

1. El niño o la niña, ¿a qué edad visitó por primera vez al 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 |  |

1. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita del niño o la niña al dentista?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Control Odontológico | Caries | Dolor | Traumatismo dental | Otro, ¿Cuál? | No sabe |
|  |  |  |  |  |  |

1. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el niño o la niña ha visitado al dentista?

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

1. ¿Algún profesional de la salud le ha enseñado cómo cuidar la dentadura de su hijo/a o pupilo/a?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sólo me informaron algo rápido, pero no aprendí nada |  | Sí, me enseñaron y aprendí algunas cosas, pero aún tengo muchas dudas |  | Sí, me enseñaron y me siento bien preparada/o para cuidar su dentadura |  | Nunca me han enseñado cómo cuidar la salud bucal de mi niño/a |  | No sabe |  |

Control Sano

1. El niño/la niña, ¿asiste regularmente a sus controles de salud (Control Sano u otros)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

Condición de salud del niño o la niña

1. ¿Cuál fue la fecha del último control de salud del niño o niña?
2. Teniendo en cuenta la salud del/la niño/a en el ÚLTIMO MES, la ayuda que recibe de personas, la utilización de algún elemento de apoyo o cualquier medicamento que tome y, comparado/a con otros niños/as de la misma edad, responder, ¿Qué tan problemático ha sido para el/la niño/a completar una tarea?

|  |  |
| --- | --- |
| Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nadaproblemático |  | Levementeproblemático |  | Moderadamenteproblemático |  | Severamenteproblemático |  | Extremadamente problemático/No puede hacerlo |  | No sabe |  |

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la niño/a 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ningunadificultad | Dificultadleve | Dificultadmoderada | Dificultadsevera | Dificultad extrema/Imposibilidad | No sabe |
| 18. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes? |  |  |  |  |  |  |
| 19. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos? |  |  |  |  |  |  |
| 20. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar? |  |  |  |  |  |  |
| 21. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros? |  |  |  |  |  |  |
| 22. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender? |  |  |  |  |  |  |
| 23. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento? |  |  |  |  |  |  |
| 24. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as? |  |  |  |  |  |  |

1. En relación a lo que el/la niño/a necesita, indique cuál es su percepción respecto a lo siguiente: ¿Hasta qué punto el establecimiento le facilita o dificulta al estudiante hacer las actividades que debe realizar en él?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Facilita mucho |  | Facilita poco |  | Ni facilita ni dificulta |  | Dificulta poco |  | Dificulta mucho |  | No sabe |  | No responde |  |

1. Debido a su salud, ¿el/la niño/a utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor? Registre con una equis (X) el o los que correspondan.

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentesópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para lacomunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (porejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otrointérprete, por ejemplo, labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicionalpara los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud? Registre con una equis (X) el o los que correspondan.

|  |  |
| --- | --- |
| Lentes ópticos |  |
| Lentes de contacto |  |
| Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentesópticos, atril, bastón, scanner visual |  |
| Audífonos |  |
| Equipo FM |  |
| Implantes auditivos, procesadores y accesorios |  |
| Silla de ruedas |  |
| Muletas, bastones o andador |  |
| Prótesis |  |
| Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce |  |
| Alimentación por sonda y/o auto cateterismo |  |
| Equipo de grabación y transcripción |  |
| Computador para el hogar, escáner y/o impresora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización,lector de pantalla |  |
| Computador portátil o Tablet |  |
| Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados |  |
| Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para lacomunicación |  |
| Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (porejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física) |  |
| Transporte gratuito accesible |  |
| Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otrointérprete, por ejemplo, labio lector |  |
| Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicionalpara los exámenes o reprogramación de exámenes |  |
| Otro, ¿Cuál? |  |
| Ninguno |  |

1. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la niño/a?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Desnutrido/a | Bajo peso | Peso normal | Sobrepeso | Obeso/a |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

1. Si respondió Sí en la pregunta anterior: Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asma | BroncoPulmonar | Diabetestipo I | Diabetestipo II | Epilepsia | Obesidad | EnfermedadCelíaca | Dislipidemia | Alergiaalimentaria | Otra |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Si respondió SÍ en la pregunta anterior: Indique la cantidad de días de inasistencia a clases del/la niño/a en los últimos 12 meses debido a la enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninguno | Entre 1 y 5 días | Entre 6 y 10 días | Más de 10 días | No sabe |
|  |  |  |  |  |

# ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA

Antecedentes 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 niño/niña? |  |  |
| 2. ¿Qué edad tenía la madre del/la niño /niña al momento de su primer parto? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. ¿Cuánto pesó el niño o niña al nacer? | No sabe |
|  | , |  |  |  | Gramos |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos). | Sí | No | No sabe |
|  |  |  |

5. El/la niño /niña, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No recibió lactancia materna | Entre 1 y 4 meses | Entre 5 y 6 meses | Más de 7 meses | No sabe |
|  |  |  |  |  |

Antecedentes de la Escolaridad del niño o la niña

Marque una equis (X) en la casilla correspondiente a la respuesta de cada una de las siguientes preguntas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sabe |
| El/la niño /niña asistió a: | 6. Sala Cuna |  |  |  |
| 7. Jardín Infantil (Nivel Medio) |  |  |  |
| 8. Pre Kinder (Transición I) |  |  |  |

Paternidad

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| la alternativa que mejor represente la situación de lafigura paterna en la crianza del/la niño/a: | Sí, siempre | Sólo en algunosperíodos de tiempo | No, nunca | No aplica | No sabe |
| 9. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la niño /niña? (Juega con él/ella, lo/a lleva alestablecimiento, lo/a lleva a médico, lo/a cuida cuando está enfermo/a, calmarlo/a cuando llora, etc.) |  |  |  |  |  |

10. ¿Qué persona representa la figura paterna presente en la crianza del/la niño/a?

**Gracias por contestar esta encuesta. Las respuestas entregadas nos permiten seguir cumpliendo con el compromiso de Junaeb: la educación de todas las niñas, niños y jóvenes.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Padre biológico o adoptivo | Pareja de la madre | Hermano mayor | Tío | Abuelo | Otrofamiliar | Otro nofamiliar | No sabe/No aplica |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |
| 11. ¿Leyó con él o ella o le contó historias? |  |  |  |  |  |
| 12. ¿Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña? |  |  |  |  |  |
| 13. ¿Pintó o escribió junto al niño o la niña? |  |  |  |  |  |
| 14. ¿Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro? |  |  |  |  |  |
| 15. ¿Realizó alguna actividad deportiva o recreativa? |  |  |  |  |  |
| 16. ¿Jugó con él o ella en una plaza o parque público? |  |  |  |  |  |
| 17. ¿Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio? |  |  |  |  |  |

1. Si el niño o la niña hizo pre kinder en un establecimiento municipal. ¿Recibió RINJU? (Rincón de Juegos entregado por el Programa Chile Crece Contigo de Ministerio de Desarrollo Social).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | No sabe |  |

1. Si respondió SÍ en la pregunta anterior, señalar cuántas veces usaron el RINJU para jugar juntos durante el último mes:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | 1 o 2 veces | 3 a 4 veces | Más de 4 veces | No sabe |
|  |  |  |  |  |

A continuación se describen diferentes frases respecto a la crianza de niños/as. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor marque en cada casilla si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Deacuerdo | Endesacuerdo | Ni de acuerdoni en desacuerdo |
| 20. Los niños y niñas normales son tranquilos y obedientes |  |  |  |
| 21. Los niños y niñas deben hacer felices a sus padres |  |  |  |
| 22. Si un niño o niña hace pataletas es porque está malcriado/a |  |  |  |
| 23. Los niños juegan con autos y las niñas con muñecas |  |  |  |
| 24. A esta edad los niños y niñas debiesen resolver sus problemas por sí mismos |  |  |  |
| 25. A esta edad los niños y niñas debiesen pasar la mayor parte del tiempo jugando |  |  |  |

26. La mayor parte del tiempo, la crianza de el/la niño/niña me resulta fácil…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca | No sabe |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuento con apoyo para la crianza por parte de… | Siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca | No sabe |
| 27. Familia |  |  |  |  |  |
| 28. Instituciones |  |  |  |  |  |
| 29. Vecinos |  |  |  |  |  |
| 30. Amistades |  |  |  |  |  |

31. En general, diría que la mayor parte del tiempo el/la niño/niña se ve:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alegre | Triste | Enojado | Nervioso/Ansioso | Miedoso | No sabe |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 32. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la niño /niña participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa?(Considerando por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras). |
| Si | No | No sabe o no aplica |
|  |  |  |