

Formulario aprobado  
No. Control OMB: 0970-0497  
Fecha de vencimiento: 07/31/2026

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL (PREP, por sus siglas en inglés)**

---

# **ENCUESTA DE SALIDA DE PARTICIPANTE ESCUELA INTERMEDIA**

**Gracias por su ayuda con este importante estudio. Esta encuesta incluye preguntas sobre su familia, amigos, escuela, y también sus actitudes y comportamientos. Su nombre no será incluido en la encuesta y sus respuestas permanecerán privadas en la medida permitida por la ley. Queremos que sepa que:**

- 1. Su participación en esta encuesta es voluntaria.**
- 2. Esperamos que conteste todas las preguntas, pero puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar.**
- 3. Las respuestas que dé se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley.**

### LEY DE TRÁMITES DE PAPELEO DE 1995

15 La carga al público para esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. La información recopilada ayudará a los formuladores de pólizas, proveedores de programas y otras partes interesadas a comprender las experiencias de los jóvenes de hoy e identificar formas de reducir los comportamientos de riesgo. Esta información también informará a los programas sobre la mejor manera de servir a sus participantes. La recopilación de esta información es voluntaria y las respuestas se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley. El número OMB para esta recopilación de información es 0970-0497 y la fecha de vencimiento es el 07/31/2026.

# Instrucciones Generales

**POR FAVOR LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE:** Hay distintas maneras de responder a las preguntas en esta encuesta. Es importante que siga las instrucciones cuando conteste cada tipo de pregunta. Aquí hay algunos ejemplos.

- **POR FAVOR MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS EN LAS CASILLAS BLANCAS PROVISTAS.**
- **USE UN BOLÍGRAFO O UN LÁPIZ.**

## 1. EJEMPLO 1: MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

¿De qué color son sus ojos?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Marrón
- Azul
- Verde
- Otro color

Si el color de sus ojos es marrón, marcará una (X) en la primera casilla como indicado.

## 2. EJEMPLO 2: MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

¿Planea hacer alguna de las siguientes cosas la próxima semana?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Ver una película
- Ir a un partido de béisbol
- Estudiar en la casa de un amigo

Si planea ver una película e ir a un partido de béisbol la próxima semana, marcará una (X) en ambas

Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. El primer grupo de preguntas es acerca de usted.

1.

**¿Cuántos años tiene?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16

2.

**¿En qué grado está? (Si en este momento está de vacaciones o en escuela de verano, indique el grado en que estará cuando vuelva a la escuela.)**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 5o
- 6o
- 7o
- 8o
- 9o
- Mi escuela no asigna niveles en grados
- No estoy matriculado(a) en la escuela en este momento

3.

**Cuando está en casa o con su familia, ¿qué idioma o idiomas habla usualmente?**

**MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- Inglés
- Español
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

4.

**¿Es hispano(a) o latino(a)?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- Sí
- No

5.

**¿Cuál es su raza?**

**MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- Indígena de las -Américas o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca o caucásica
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

6.

**¿Cuál es su sexo?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- Masculino
- Femenino

7.

**¿Está actualmente ...?**

**MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- Viviendo con familiares [padre/madre, tutor(a), abuelos, u otros parientes]
- En casa de acogida temporal, viviendo con una familia
- En casa de acogida temporal, viviendo en un hogar de grupo
- "Couch surfing" o mudándose de casa en casa
- Viviendo a la intemperie, en una ciudad de carpa o campamento para indigentes, en un automóvil, en un vehículo abandonado, o en un edificio abandonado
- Quedándose en un albergue de emergencia o programa de vivienda transicional
- Quedándose en un hotel o motel
- En centro de detención de menores, hogar grupal de menores, y/o bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional
- Ninguno de los anteriores

Para las preguntas 8 a 12, por favor piense en cómo el programa que acaba de completar le ha afectado a usted.

**8.** Aunque su programa no cubrió este tema, ¿diría que su participación en el programa hizo que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...  
*(Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)*

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN**

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. resista o diga no a la presión de compañeros? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. maneje sus emociones de una manera saludable (por ejemplo, de una manera que no le haga daño a usted ni a otras personas)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. tome la decisión de no usar drogas o alcohol? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. piense en las consecuencias antes de tomar una decisión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.

**Aunque su programa no cubrió este tema, ¿diría que su participación en el programa hizo que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...**  
*(Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)*

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN**

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. haga planes para alcanzar sus metas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se interese en tener éxito en la escuela? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. termine la secundaria u obtenga su GED?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. obtenga más educación y/o capacitación después de la secundaria o de completar su GED? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. obtenga un trabajo estable a tiempo completo después de la escuela? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.

**Aunque su programa no cubrió este tema, ¿diría que su participación en el programa hizo que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...**  
*(Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)*

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN**

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. ahorre dinero para comprar las cosas que quiere? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se sienta seguro(a) de cómo abrir una cuenta bancaria? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. se sienta seguro(a) de cómo preparar un presupuesto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. se sienta seguro(a) de cómo monitorear sus gastos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. entienda los costos asociados con criar un hijo(a)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.

**Aunque su programa no cubrió este tema, ¿diría que su participación en el programa hizo que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...**  
(Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN**

Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
--------------------	-------------------	------------	---------------------	----------------------

a. hable con su padre/madre, tutor(a) o cuidador(a) acerca de las cosas que pasan en su vida? .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b. hable con su padre/madre, tutor(a) o cuidador(a) acerca del sexo? .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12.

**Aunque su programa no cubrió este tema, ¿diría que su participación en el programa hizo que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...**  
(Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN**

Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
--------------------	-------------------	------------	---------------------	----------------------

a. entienda mejor en qué consiste una relación saludable? .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b. resista o diga no si le presiona para participar en actos como besar, tocar las partes privadas, o tener sexo? .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c. hable con una persona/adulto de confianza (por ejemplo, un miembro de su familia, profesor, consejero, entrenador, etc.) si alguien le hace sentir incómodo(a), le hace daño o le presiona para hacer cosas que no quiere hacer? .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias en el programa que acaba de completar. Piense en todas las sesiones o clases del programa a las que asistió.

**13.** Incluso si no asistió a todas las sesiones o clases en este programa, ¿con qué frecuencia en este programa...

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Nunca
a. se sintió interesado(a) en las sesiones y clases del programa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se sintió que el material presentado era claro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudaron las charlas o actividades a aprender las lecciones del programa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tuvo una oportunidad de hacer preguntas sobre temas o asuntos que surgieron en el programa? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. se sintió respetado(a) como persona? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14.** Pensando en el programa, ¿qué tan satisfecho(a) está con...

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Muy satisfecho(a)	Algo satisfecho(a)	Un poco satisfecho(a)	Para nada satisfecho(a)
a. la cantidad de información que recibió acerca de abstenerse del sexo (elegir no tener sexo)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. la cantidad de información que recibió acerca de condones y anticonceptivos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***¡Gracias por participar en esta encuesta!***