

Registro de Bienestar Personal (Grados 6 a 8)

Por favor responde estas preguntas para que nos ayudes a conocerte.

Tus respuestas las mantenemos confidenciales a menos que estés en peligro de lastimarte o de lastimar a otra persona, o si alguien te está lastimando. En ese caso, nos aseguraremos de que tengas el apoyo que necesitas para estar a salvo. Está bien no responder cualquier pregunta con la que no te sientas a gusto para responder.

Nombre: _____

Fecha: _____



- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes? **0 1 2 3**
- ¿Cuántas veces a la semana te pasas el hilo dental? **0 1 2 3 4 5 6 7**
- ¿Necesitas cepillo de dientes e hilo dental en tu casa? **Sí No**
- ¿Has visitado a un dentista en los últimos 12 meses? **Sí No**

¿Haces ejercicio con regularidad? **Sí No** ¿Cuántos días por semana **0 1 2 3 4 5 6 7**

¿Qué tipo de actividad física te gusta? _____

¿Qué tipo de cosas te gusta hacer en tu tiempo libre? _____

¿Cuántas horas al día miras televisión, juegas o utilizas las redes sociales? **0 1 2 3 4 5 6 7+**

¿A qué hora te vas a dormir? _____ ¿A qué hora te despiertas? _____



- ¿Cuánto te quieres tú mismo? **Nada 1 2 3 4 5 Mucho**
- ¿Qué tan feliz te sientes con tu peso? **Nada 1 2 3 4 5 Mucho**
- ¿Te preocupas de cómo luce tu cuerpo? **Sí No**
- ¿Has intentado bajar de peso saltándote comidas, provocándote vómitos, o tomando laxantes o pastillas? **Sí No**
- ¿Cuentas con un adulto de confianza con quien puedas hablar en caso de que no te sientas satisfecho con tu cuerpo? **Sí No**

¿Utilizas siempre el cinturón de seguridad en el coche? **Sí No**

¿Utilizas el casco cuando andas en bicicleta, patineta o scooter? **Sí No**

¿Necesitas ayuda para conseguir un casco? **Sí No**

Si hay armas en tu casa, ¿están cerradas con llave y guardadas en un lugar seguro? **Sí No No tenemos armas de fuego**

¿Necesitas ayuda para conseguir un candado para tus armas? **Sí No**





¿Con quién vives? _____

¿Qué tan bien te llevas con los que viven en tu casa? **Nada bien** 1 2 3 4 5 **Muy bien**

¿Te sientes seguro en tu casa? **Sí** **No**

¿Hay momentos en que tu familia no tiene suficientes alimentos para comer? **Sí** **No**



¿Cómo sientes que te va en la escuela? **No muy bien** 1 2 3 4 5 **Muy bien**

¿Qué tipo de calificaciones obtienes normalmente? **A B C D F**

¿Es difícil para ti leer, escribir o deletrear? **Sí** **No**

¿Alguna vez te han suspendido o te han referido a alguien más? **Sí** **No**

¿Alguien te acosa o te intimida? **Sí** **No**



¿Hay algo que te haga sentir preocupación, molestia o estrés? **Sí** **No**

¿Qué tipo de cosas te ayudan a sentirte menos estresado?

¿Cuentas con un buen amigo o con un grupo de amigos con quienes te sientes a gusto? **Sí** **No**

¿Alguna vez alguien te lastimó, te tocó o te trató de una manera que te hizo sentir asustado o incómodo? **Sí** **No**

¿Quién es algún adulto que se preocupa por ti? _____

¿Te gustaría hablar con un terapeuta/consejero? **Sí** **No**



¿Cuáles son tus pronombres preferidos? **Ella/ella** **Él/él** **Ellos/ellas** **Otro** _____

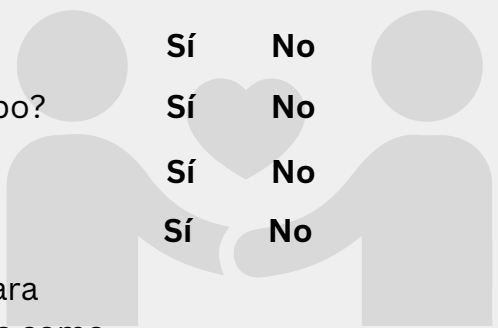
¿Te sientes apoyado en tu género e identidad sexual? **Sí** **No**

¿Tienes preguntas sobre la pubertad o los cambios de tu cuerpo? **Sí** **No**

¿Sabes lo que es consentimiento en las relaciones? **Sí** **No**

¿Tienes preguntas sobre las relaciones sexuales o personales? **Sí** **No**

¿Hay algún adulto de confianza con quien te sientes a gusto para hablar sobre las relaciones personales, el sexo, y las sustancias como la marihuana o el alcohol? **Sí** **No**



Por favor escribe cualquier pregunta o inquietud que quisieras hacernos saber:

