

Hayward High School Youth and Family Investment Project Parent Survey

Hayward High School would like to hear what parents and guardians think about health services. Your answers are completely confidential. There is need to put your name anywhere on this form. Please mail this back in the stamped envelope provided.

Please circle one:

- 1. Your gender:** Male Female
- 2. Your ethnicity:** African American Asian Caucasian/White Filipino Latino/Hispanic
 Pacific Islander Bi/Multi-Racial Other: _____

3. What language (s) is/are spoken in your home _____
Is this your primary language? Yes No

4. How many children do you have? _____ How many attend Hayward High School? _____

5. Your relationship to the students in your household who attend Hayward High School.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parent/ Guardian | <input type="checkbox"/> Grandparent |
| <input type="checkbox"/> Elder Sibling | <input type="checkbox"/> Relative |
| <input type="checkbox"/> Non – Relative | <input type="checkbox"/> Other _____ |

6. Where do you regularly take your son/daughter(s) for health care? (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Kaiser	<input type="checkbox"/> Community clinic
<input type="checkbox"/> Other private doctor (not Kaiser)	<input type="checkbox"/> Home remedies/treatments (not a “where”)
<input type="checkbox"/> Emergency room	<input type="checkbox"/> Other _____

7. How do you currently pay for health services? (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Kaiser member	<input type="checkbox"/> No insurance/pay out-of-pocket
<input type="checkbox"/> Other private insurance (i.e., Health Net)	<input type="checkbox"/> I don’t know
<input type="checkbox"/> Government assistance (Medi-Cal)	<input type="checkbox"/> Other _____

8. In your community, do you feel it is easy to get: (Check yes or no)

Health care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Mental health care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Social services	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Family support services	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Affordable housing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Others: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Dental care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

Probably will not know what you mean by Social Services – professional jargon)

9. Which of the following make it hard for you to get these services? (Check yes or no)

Transportation	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Costs	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Health insurance	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Required documentation	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Language	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Knowledge about services	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Child care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Others: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Some high schools have School Health Centers on campus for students to use during school hours. The following questions are an opportunity for you to share your thoughts on the idea of a School Health Center at Hayward High School.

9. How would you feel about the following services being available to your son/daughter(s) at a School Health Center? (Check one answer for each. Please note, this is not a permission slip. Your answers to these questions will not affect your son/daughter's use of the health center services.)

School Health Center services	I would support it	I would <u>not</u> support it	I'm not sure
Medical Services (physical exams for sports, regular health exams, immunizations, tests for vision and hearing)			
Counseling Services (individual and group counseling services that address stress, depression, alcohol/drug abuse, self-esteem and relationship issues – what are relationship issues?)			
Health Education (prevention services for pregnancy, STD/HIV, violence, substance abuse – what's difference between this and abstinence below)			
Support Groups (small groups of teens who discuss anger management, substance abuse, nutrition, self-esteem and other issues important to them)			
Reproductive Health (physical exams, health education about birth control options including abstinence, STD/pregnancy testing)			
Birth Control Pills (?)/Condoms (Or other methods of protection against pregnancy and STDs/HIV) (SHOULD BE CLEAR – free to students.)			
Case Management (housing, health insurance, Medi-cal/ healthy families, food/clothing assistance) (A public health term – parents won't get it.)			
Dental Services (screenings, cleanings)			

10. What do you believe would be negative drawbacks of having a School Health Center?

(Check all that apply)

- Calls attention to controversial or sensitive issues (like birth control ?...will parents know what issues you mean?)
- Some students might go to the Health Center as an excuse to get out of class
- Some students might use services parents do not want them to use (word missing – is it parents?)
- The Health Center uses space that could be used by other school programs
- The Health Center uses funds that could be used by other school programs
- None, I don't see any negative drawbacks to a School Health Center
- Other: _____

11. What do you believe would be positive benefits of a School Health Center? (Check all that apply)

- Provides students with a safe place to go
- Provides crisis intervention (i.e. suicide)
- Provides emergency/first-aid care
- Provides health education
- Provides referrals to other services for teens
- Enhances school safety
- Improves student health
- Allows teachers to focus on academics instead of health issues
- Improves student grades
- Reduces school absences
- No benefit
- Other: _____

12. Do you think students would be more or less likely to have sex if contraceptives (birth control and condoms) were available at a School Health Center? (Check one)

- Less likely to have sex
- No difference
- More likely to have sex

13. What services would you like to see a School Health Center offer parents? (Check all that apply)

- Immunizations
- Support groups for parents of teens
- Education on raising teens
- Information on health insurance
- None
- Other _____

Thank you for your help.

Proyecto para jóvenes y familias de la escuela Hayward High Encuesta para Padres

La escuela de su hijo/hija le gustaría escuchar lo que los padres y/o custodios piensan acerca de los servicios de salud. Sus respuestas son completamente confidenciales. No necesita poner su nombre en ningún lugar de esta forma. Por favor, envíe esta forma de regreso por correo usando el sobre con la estampa incluido.

Por favor encierre uno:

1. **Género:** Varón Mujer

2. **Etnicidad:** Africano Americano Asiático Caucásico/Blanco
Latino/Hispano Filipino Isleño del Pacifico
Bi/Multi-Racial Otro: _____

3. **¿Qué lenguaje(s) se habla/n en tu casa?** _____
¿Es este tu lenguaje primario? Sí No

4. **¿Cuántos de tus hijos/as tiene? __¿Cuántos de tus hijos/as asisten a HHS (Hayward High School)?_____**

5.

6. **¿Regularmente, a dónde lleva a sus hijo/as para cuidados médicos?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Káiser | <input type="checkbox"/> Doctor privado (no kaiser) |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Clínica comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Remedios caseros | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

7. **¿Actualmente, como paga usted por servicios de salud? (Marque todos los que aplique)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Káiser | <input type="checkbox"/> Otra aseguradora privada (ej. Health Net) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno (Medi Cal) | <input type="checkbox"/> No tiene aseguradora/paga de su bolsillo |
| <input type="checkbox"/> No sabe | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

8. **Es fácil de conseguir en su comunidad:** (marque sí o no)

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Servicios de salud | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios sociales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vivienda económicamente accesible | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cuidado de salud mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios de apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otros _____ | | | | | |

9. **¿Cuáles de los siguientes puntos le dificultan acceder a los servicios anteriores? (marque si o no)**

- | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Transportación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Seguro de salud | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lenguaje | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Guardería | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Documentación requerida | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Costos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Conocimiento de los servicios | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otros _____ | | |

Algunas escuelas han puesto Centros de Salud dentro de las escuelas, para uso de los estudiantes durante horarios de escuela. Las siguientes preguntas son una oportunidad para que comparta su opinión sobre la idea de un Centro de Salud en la escuela.

10. **¿Cómo se sentiría si sus hijos/as tuvieran acceso a los siguientes servicios a través de un Centro de Salud en la escuela?** (Marque una respuesta por cada punto. Por favor, note que esta no es una hoja de permiso. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán el uso de su hijo/a de los servicios de salud)

Servicios de Salud en la Escuela	Lo apoyaría	No lo apoyaría	No estoy seguro/a
Servicios médicos (físicos, exámenes, inmunizaciones, chequeos visuales/auditivos)			
Servicios de consejería (servicios individuales y de grupo asuntos relacionados al stress, depresión, abuso de drogas/alcohol, autoestima y asuntos relacionales)			
Educación de salud (servicios de prevención de embarazos, enfermedades sexuales/VIH, violencia, abuso de sustancias)			
Grupos de Apoyo (control del enojo, abuso de sustancias, nutrición, autoestima)			
Salud reproductiva (exámenes físicos, educación de salud sobre opciones de control natal incluyendo la abstinencia y enfermedades sexuales/VIH)			
Control natal/preservativos (u otros métodos de protección para prevenir el embarazo y enfermedades sexuales/VIH)			
Tratamiento de casos (vivienda, seguro de salud, asistencia de comida/ropa)			

11. **¿Cree usted que haya objeciones de tener un Centro de Salud en la escuela?** (marque todas las que aplique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Llama la atención sobre asuntos sensibles o controversiales | <input type="checkbox"/> toma fondos para otros |
| <input type="checkbox"/> algunos estudiantes lo pudieran usar de excusa para salir de clases | <input type="checkbox"/> programas de la escuela, |
| <input type="checkbox"/> algunos estudiantes pudieran usar los servicios que no quieren que use, | <input type="checkbox"/> ninguno, |
| <input type="checkbox"/> toma lugar para otros programas de la escuela | <input type="checkbox"/> no veo que haya ninguna opinión negativa a un Centro de Salud en la escuela, |
| | <input type="checkbox"/> otro. |

12. **¿Cuales usted cree serian beneficios positivos para el Centro de Salud en la escuela?** (marque todas las que aplique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Provee a los estudiantes un lugar seguro para ir, provee intervención de crisis (ej. suicidio), | <input type="checkbox"/> aumenta la seguridad en la escuela, mejora la salud del estudiante, permite a los maestros enfocarse en lo académico |
| <input type="checkbox"/> provee emergencia/primeros auxilios, | <input type="checkbox"/> mejora los grados del estudiante, |
| <input type="checkbox"/> provee educación sobre la salud, provee recomendaciones a otros servicios, | <input type="checkbox"/> reduce el ausentismo escolar, |
| | <input type="checkbox"/> no hay beneficios |
| | <input type="checkbox"/> otro _____ |

13. **¿Usted cree que sería mayor o menos probable que los estudiantes tuvieran relaciones sexuales si tuvieran acceso a anticonceptivos (control natal y condones) si estuvieran disponibles en el Centro de Salud?** (marque uno)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos posible que tengan sexo, | <input type="checkbox"/> mayormente posible que tengan sexo |
| <input type="checkbox"/> no hay diferencia, | |

14. **¿Qué servicios le gustaría ver que el Centro de Salud ofrece para los padres/madres?** (marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones/vacunas | <input type="checkbox"/> educación para criar adolescentes, | <input type="checkbox"/> ninguno |
| <input type="checkbox"/> grupos de apoyo para padres y jóvenes | <input type="checkbox"/> información en seguro de salud | <input type="checkbox"/> otro _____ |

Gracias por su apoyo