



Modelo 1

5°/6° año
de la Educación Secundaria

CUADERNILLO ÚNICO del estudiante

JURISDICCIÓN	CUE	ANEXO
SECCIÓN	TURNO	ID ALUMNO



Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación



**Completá las siguientes preguntas con tus datos
Pintá el cuadrado con la opción que corresponda a tu respuesta**

1 ¿Cuántos años tenés?
(Seleccioná una sola opción)

16 años o menos	<input type="checkbox"/>
17 años	<input type="checkbox"/>
18 años	<input type="checkbox"/>
19 años	<input type="checkbox"/>
20 años o más	<input type="checkbox"/>

2 Sos...
(Seleccioná una sola opción)

Varón	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

3 **a.** ¿En qué país naciste? (Seleccioná una sola opción) **b.** ¿En qué país nació tu mamá? (Seleccioná una sola opción) **c.** ¿En qué país nació tu papá? (Seleccioná una sola opción)

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

4 ¿Con cuántas personas vivís?
(Seleccioná una sola opción)

Vivo solo	<input type="checkbox"/>
Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve	<input type="checkbox"/>
Diez o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**Si respondiste "Vivo solo",
ir directamente a la pregunta 6**

5 ¿Con quién vivís?
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 ¿Cuántas habitaciones tiene el lugar
donde vivís, sin contar la cocina y el baño?
(Seleccioná una sola opción)

Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

7 ¿En el lugar donde vivís hay...
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Canillas con agua de red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloacas, desagües	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 ¿Cuáles de estas cosas hay en el lugar donde vivís? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Aproximadamente, ¿cuántos libros hay donde vivís? (Seleccioná una sola opción)

No hay libros	<input type="checkbox"/>
De 1 a 25 libros	<input type="checkbox"/>
De 26 a 50 libros	<input type="checkbox"/>
De 51 a 100 libros	<input type="checkbox"/>
Más de 100 libros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

10 ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu mamá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

11 ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu papá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

12 ¿Tu mamá o tu papá pertenecen a pueblos indígenas o son descendientes de pueblos indígenas? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

13 ¿Tenés hijos? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Si sos varón, ir directamente a la pregunta 15

14 Si sos mujer, ¿estás embarazada?

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
	No sé	<input type="checkbox"/>

15 ¿Con qué frecuencia te ocupas de las siguientes actividades en tu casa?
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Cuidar a algún hermano u otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas del hogar como cocinar, limpiar, lavar la ropa, hacer las compras, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultivar, cosechar en la huerta, trabajar la tierra o cuidar animales de granja para consumir en tu casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Además de asistir a la escuela, ¿ayudás a tus padres o familiares en su trabajo?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

17 ¿Trabajás fuera de tu casa para alguien que no sea parte de tu familia?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 19

18 ¿Te pagan por realizar ese trabajo?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

A continuación, te vamos a hacer algunas preguntas sobre tu historia escolar

19 ¿Fuiste a jardín de infantes? (Seleccioná una sola opción)

Sí, fui al jardín antes de los cuatro años	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 4	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 5	<input type="checkbox"/>
No fui al jardín	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

20 ¿Durante la primaria repetiste algún grado? (Seleccioná una sola opción)

No	<input type="checkbox"/>
Sí, una vez	<input type="checkbox"/>
Sí, dos veces	<input type="checkbox"/>
Sí, tres veces o más	<input type="checkbox"/>

21 ¿Durante la secundaria repetiste algún año? (Seleccioná una sola opción)

No	<input type="checkbox"/>
Sí, una vez	<input type="checkbox"/>
Sí, dos veces	<input type="checkbox"/>
Sí, tres veces o más	<input type="checkbox"/>

A continuación, te vamos a hacer algunas preguntas sobre este año escolar

22 ¿Tenés materias previas? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

23 En lo que va del año, ¿cuántas veces faltaste? (Seleccioná una sola opción)

Nunca	<input type="checkbox"/>
Menos de 15 veces	<input type="checkbox"/>
Entre 15 y 24 veces	<input type="checkbox"/>
Más de 24 veces	<input type="checkbox"/>

Si respondiste Nunca, ir directamente a la pregunta 25

24 ¿Cuál es el principal motivo por el que faltaste? (Seleccioná una sola opción)

Por el clima	<input type="checkbox"/>
Porque es difícil llegar a la escuela	<input type="checkbox"/>
Por enfermedad	<input type="checkbox"/>
Porque ayudé a mis padres/familiares en su trabajo	<input type="checkbox"/>
Porque trabajé fuera de mi casa para alguien que no es parte de mi familia	<input type="checkbox"/>
Por ayudar con las tareas en mi casa	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

25 ¿Durante este año fuiste a clases de apoyo?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 27

26 ¿En qué materias recibiste apoyo escolar? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglés u otro idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua/Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En las preguntas que te vamos a hacer a continuación, te pedimos que nos cuentes cómo es tu experiencia en la escuela

27 En general ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela? (Seleccioná una sola opción)

Menos de media hora	<input type="checkbox"/>
Entre media hora y 1 hora	<input type="checkbox"/>
Entre 1 hora y 2 horas	<input type="checkbox"/>
Más de 2 horas	<input type="checkbox"/>

28 ¿Te interesa lo que enseñan en la escuela? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

29 ¿Te llevás bien con tus compañeros y compañeras? (Seleccioná una sola opción)

Sí, con todos	<input type="checkbox"/>
Sí, con la mayoría	<input type="checkbox"/>
Sí, con algunos	<input type="checkbox"/>
Sí, con pocos	<input type="checkbox"/>
No me llevo bien con ningún compañero	<input type="checkbox"/>

30 ¿Cómo te resultan las siguientes actividades? (Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Muy sencillo	Sencillo	Difícil	Muy difícil
Comprender un texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir un texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exponer oralmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entender conceptos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestar atención en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar en grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver problemas y ejercicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 ¿Cómo te va en tu clase de Matemática?
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Nunca
Entiendo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 ¿Cómo te va en tu clase de Lengua/Literatura?
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Nunca
Entiendo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33 ¿Las siguientes formas de trabajo se usan habitualmente en tu escuela?
(Seleccioná "Sí" o "No" por cada frase)

	Sí	No
Acuerdos entre estudiantes y docentes sobre actividades específicas según sus intereses y/o capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo con los celulares, computadoras y otras TIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en conjunto con otras disciplinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos que involucren a la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificación de las formas de evaluación tradicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudiantes que enseñan a otros estudiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34 a. ¿Pensás que las evaluaciones que te hacen tus profesores te sirven para mejorar tu aprendizaje? *(Seleccioná una sola opción)*

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Sí respondiste No, ir directamente a la pregunta 35

b. ¿Cuál consideras que es la principal utilidad de las evaluaciones que hacés en la escuela? *(Seleccioná una sola opción)*

Sirven para saber cuáles son mis errores	<input type="checkbox"/>
Sirven para aprobar la materia	<input type="checkbox"/>
Sirven para saber si entiendo lo que me enseñaron	<input type="checkbox"/>

35 Queremos saber con qué frecuencia los estudiantes de tu escuela ... *(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)*

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Molestan a los que se sacan buenas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestan a los que les va mal o repitieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por alguna característica personal o familiar (religión, orientación sexual, nacionalidad, etnia, características físicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a docentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dañan las cosas de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros por redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a docentes por redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestan a las mujeres por su condición de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 ¿Creés que hay temas/actividades que la escuela debería abordar/enseñar y no lo hace?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 38

37 De los siguientes temas/actividades, ¿cuáles creés que la escuela debería enseñar/abordar? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Usos de nuevas tecnologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo con la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talleres de arte, música, teatro, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talleres de cocina, manualidades, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia de género/otros tipos de violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 ¿Tu escuela tiene oferta de orientación vocacional para la elección de una carrera?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

39 ¿Tu escuela tiene oferta de orientación vocacional para orientarte acerca de posibles salidas laborales?
(Seleccioná una sola opción)

	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

40 ¿Tu escuela te brindó información sobre carreras que se dictan en universidades, terciarios o institutos superiores de formación docente?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

41 ¿En tu escuela hay un acuerdo de convivencia?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 43

42 ¿Conocés lo que establece dicho acuerdo de convivencia?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

43 ¿Tienen centro de estudiantes en tu escuela?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

44 ¿Cómo es tu aula ...?
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
En invierno es demasiado fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En verano es demasiado calurosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es luminosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay poca ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En las preguntas que siguen, te pedimos que nos cuentes
qué hacés en tu tiempo libre

45 Cuando no estás en la escuela, ¿qué hacés en tu tiempo libre?
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Veó televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juego juegos de consola o de computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navego en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leo libros aparte de los de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me junto con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voy a espectáculos (recital, festival, teatro, museo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de pintura, danzas, música, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 a. ¿Tenés celular propio?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 47

b. ¿Tu celular tiene internet?
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

c. ¿Te dejan usarlo en el aula?
(Seleccioná una sola opción)

Sí, siempre que quiero	<input type="checkbox"/>
Sí, solo para hacer tareas	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

47 ¿Qué vas a hacer cuando termines el secundario? *(Seleccioná una sola opción)*

Seguir estudiando	<input type="checkbox"/>
Trabajar	<input type="checkbox"/>
Trabajar y estudiar	<input type="checkbox"/>
Aún no se	<input type="checkbox"/>

**En esta última pregunta nos interesa saber
cómo te sentiste respondiendo Aprender**

48 ¿Cómo fue resolver las pruebas y este cuestionario?
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Muy sencillo	Sencillo	Difícil	Muy difícil
Prueba de Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡¡Muchas gracias por tu participación!!!



¡Gracias!



Aprender



Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación

