

N.º de ID de cliente \_\_\_\_\_

Fecha de administración: \_\_\_\_\_

## EDUCACIÓN

### AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE O ADMINISTRADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO

**1. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto más alto que ha completado?**

Seleccione una opción.

- 8.º grado o menos
- Parte de educación secundaria (“high school”)
- Diploma de educación secundaria (“high school”) o GED
- Parte de educación superior (“college”), incluido Asociado en Artes (AA) y diploma o certificados técnicos
- Graduado de educación superior (“college”), programa de 4 años
- Título avanzado (p. ej., MA, MD, PhD)
- No estoy seguro/no sé

**2. ¿Asiste a la escuela actualmente?**

Seleccione una opción.

- No asiste → **Ir a P4**
- Asiste de tiempo completo
- Asiste de tiempo parcial
- Otra opción (especifique: \_\_\_\_\_)
- No estoy seguro/no sé → **Ir a P4**

**3. Si asiste de tiempo completo o parcial: ¿A qué tipo de programa escolar asiste?**

Seleccione una opción.

- Escuela media
- Educación secundaria (“high school”)
- Programa de certificación profesional/vocacional
- Educación superior (“college”), programa de dos años
- Educación superior (“college”), programa de cuatro años
- Programa de posgrado
- Otra opción (especifique: \_\_\_\_\_)
- No estoy seguro/no sé

- 4. ¿Recibe actualmente apoyo educativo y adaptación a través de un Plan de Educación Individualizada (IEP), plan 504 o de la oficina de apoyo a la discapacidad de su escuela de enseñanza superior (“college”)?**
- Sí
  - No
  - No corresponde
  - No estoy seguro/no sé
- 5. ¿Actualmente esta trabajando en alcanzar una meta relacionada con la escuela, por ejemplo, graduarse de la escuela secundaria (“high school”) o mejorar sus calificaciones?**
- Sí
  - No
  - No corresponde
  - No estoy seguro/no sé