

ASOCIACION ENTRE PADRES Y MAESTROS CUESTIONARIO SOBRE LA PARTICIPACION DE LOS PADRES

Esta sección pregunta acerca de su participación en la escuela de su niño.

1. ¿Qué tan difícil es para usted ponerse en contacto con el maestro(a) de su niño(a)?
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Muy fácil | Bastante fácil | No tan fácil | Ni fácil, ni difícil | No tan difícil | Bastante difícil | Muy difícil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
2. En general, ¿qué tan seguido va a conferencias con los maestros o asiste a la escuela cuando está abierta a todos los padres y familiares de los niños?
- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nunca | Varias veces al año | Como una vez al mes | Varias veces al mes | Como una vez a la semana | Varias veces por semana | Todos los días | No aplicable |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. En general, ¿qué tan seguido tiene contacto con el maestro del niño?
- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
4. En general, ¿qué tan seguido es voluntario en eventos de la clase o de la escuela?
- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
5. En general ¿ayuda a su niño con su tarea u otras actividades relacionadas con la escuela (por ejemplo, leyendo o discutiendo un cuento, practicando su ortografía o aritmética o jugando juegos de palabras, etc.)?
- | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
6. Durante los ÚLTIMOS DOS DÍAS DE ESCUELA: ¿Cuántas horas pasó usted con su niño hablando, jugando o haciendo algunas actividades (leyendo juntos, etc.)?
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ninguna | Menos de ½ hora | ½-1 hora | 1-1 ½ horas | 1½-2 horas | 2-2 ½ horas | 2 ½ -3 horas | 3 o más horas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. ¿En promedio, cuántas horas al día pasa su niño jugando solo?
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menos de ½ hora | ½-1 hora | 1-1 ½ horas | 1½-2 horas | 2-2 ½ horas | 2 ½ -3 horas | 3 o más horas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. En un día típico de escuela, ¿cuántas horas al día por lo general pasa su niño viendo televisión?
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menos de ½ hora | ½-1 hora | 1-1 ½ horas | 1½-2 horas | 2-2 ½ horas | 2 ½ -3 horas | 3 -4 horas | 4-6 horas | Más de 6 horas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
9. ¿Qué tan cierto es la siguiente oración en su casa? En nuestra casa hay un lugar específico para que mi niño(a) juegue.
- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | Nunca es cierto | Rara vez es cierto | Algunas veces es cierto | La mitad del tiempo es cierto | Seguido es cierto | Muy seguido es cierto | Siempre es cierto |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. ¿Qué tan cierto es la siguiente oración en su casa? En nuestra casa tenemos una hora asignada en la cual mi niño(a) debe jugar en vez de ver T.V. o jugar en la computadora.
- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
11. ¿Qué tan importante es para usted que su niño(a) tenga éxito en la escuela?
- | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nada importante | <input type="checkbox"/> Poco importante | <input type="checkbox"/> Algo importante | <input type="checkbox"/> Medio importante | <input type="checkbox"/> Bastante importante | <input type="checkbox"/> Muy importante | <input type="checkbox"/> Sumamente importante |
|---|---|---|--|---|--|--|

12. ¿Qué tan importante es para usted que su niño(a) lea o mire libros?

- Nada importante Poco importante Algo importante Medio importante Bastante importante Muy importante Sumamente importante

13. ¿Qué tan importante es para usted que su niño(a) juegue con usted?

- Nada importante Poco importante Algo importante Medio importante Bastante importante Muy importante Sumamente importante

14. ¿Qué tan importante es para usted:

- | | Nada importante | Poco importante | Algo importante | Medio importante | Bastante importante | Muy importante | Sumamente importante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mostrar interés en las actividades que tiene su niño(a) en la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vigilar si su niño(a) se está comportando adecuadamente en la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vigilar el progreso de su niño en la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Leer con su niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Proveer una hora y lugar específico para que usted juegue con su niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablar con los maestros sobre el progreso de su niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Por favor indique que tan importante es para un niño(a) lo siguiente cuando empieza el kinder:

- | | Nada importante | Poco importante | Algo importante | Medio importante | Bastante importante | Muy importante | Sumamente importante |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Conocer el alfabeto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Conocer los sonidos de las letras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Saber contar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Saber sumar números de una cifra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. ¿Qué tan importante piensa usted que es para su niño(a):

- | | Nada importante | Poco importante | Algo importante | Medio importante | Bastante importante | Muy importante | Sumamente importante |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Que hable usted con el (ella) acerca de cosas que no estén relacionadas con la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Que usted asista a eventos que no estén relacionados con la escuela (como deportes, juntas de scouts o actuaciones musicales)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que usted y el (ella) participen en actividades que no están relacionadas con la escuela (jugar juegos, trabajar en algún pasatiempo o arte manual)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con los siguientes puntos?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
a. La escuela de mi niño está desempeñando un buen trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los maestros no me dicen cómo va mi niño en la escuela, hasta que es muy tarde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El personal de la escuela me hace sentir inadecuado como padre o que no soy bienvenido a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El progreso de mi hijo(a) en la escuela no es mi responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Yo no debería de tener que ayudar a los maestros a enseñar a mis niños a leer y escribir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta sección se refiere a lo que usted piensa sobre la escuela de su niño (a). Por favor conteste con la respuesta que mejor corresponda.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
19. Se siente bienvenido al visitar la escuela de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Usted se siente apoyada por el maestro(a) de su niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Durante LOS ÚLTIMOS DOS DÍAS, ¿cuántas veces hizo usted una de las cosas mencionadas a continuación?

	Nunca	Una Vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro o cinco veces	Seis o siete veces	Más de siete veces
a. Comer una comida con su niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Abrazar, besar o mostrar afecto a su niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguna actividad no relacionada con la escuela (como ir a algún lugar para divertirse, jugar, trabajar en algo de interés especial o artes manuales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hablar con su niño(a) acerca de las actividades del niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Platicar a gusto con su niño (acerca de cualquier cosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Leer con su niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Durante el ULTIMO MES, ¿qué tan seguido ha participado usted en las siguientes actividades con su niño(a)?

	Nunca	Una Vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro o cinco veces	Seis o siete veces	Más de siete veces
a. Comer juntos toda la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacer juntos los quehaceres de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ver juntos una película o todo un programa de televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Leer o discutir juntos un libro o cuento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ir juntos a algún lugar para divertirse (como visitar amigos, eventos deportivos, juntas de clubs o scouts o actividades al aire libre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hacer juntos proyectos o actividades en su casa (como pasatiempos, artes manuales, cocinar, música, juegos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Pensando en EL ULTIMO MES indique qué tan cierto son los siguientes puntos para usted y su niño:

	Nunca es cierto	Raras veces es cierto	Algunas veces es cierto	La mitad del tiempo es cierto	Seguido es cierto	Muy seguido es cierto	Siempre es cierto
a. En verdad disfruté el estar con mi niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi niño(a) y yo nos llevamos muy bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realmente disfruté las pláticas que tuvimos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me enfadé con mi niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El tiempo que pasé con mi niño(a) fue muy tenso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi niño(a) me ignoró cuando le hablé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mi niño(a) no quiso hacer cosas conmigo (o con la familia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No supe como relacionarme con mi niño(a) a su nivel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hicimos cosas juntos que fueron divertidas e interesantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Los miembros de la familia nos ayudamos y nos apoyamos los unos a los otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hubo un sentimiento de unión en nuestro hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Los miembros de la familia se criticaron unos a otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Con qué frecuencia se reúne toda su familia para hablar sobre problemas o asuntos y tratar de resolverlos?

- Todo el tiempo La mayor parte del tiempo A menudo Ocasionalmente Rara vez Nunca

	No es probable	Poco probable	Algo probable	Medio probable	Bastante probable	Muy probable	Extremadamente probable
43. Cuando su niño tiene problemas con sus amigos, en la escuela, o con sus hermanos(as), ¿qué tan probable es que usted permita que su niño(a) resuelva el problema por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Cuando su niño(a) tiene problemas con amigos, en la escuela, o con sus hermanos(as), ¿qué tan probable es que usted se siente con su niño para hablar acerca del problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro o cinco veces	Seis o siete veces	Más de siete veces
45. Durante la última semana, ¿cuántas veces pasaron las siguientes cosas entre usted y su niño?							
a. Nos enojamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Uno o los dos nos enojamos tanto que nos hablamos solo cuando fue necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Discutimos a la hora de cenar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tuvimos una discusión muy grande acerca de algo sin importancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Uno de nosotros se enojó tanto que le pegamos a la otra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi niño obtuvo lo que quiso al enojarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Alguien en la familia se enojó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tuvimos un conflicto sobre la tarea, la hora de dormir, la televisión o el recoger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>