26116202

OMB No. 0607-0990: Aprobado hasta el 04/30/2019

Encuesta Nacional de Salud de los Niños

Un estudio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para entender mejor los problemas de salud que enfrentan los niños en los Estados Unidos actualmente.

La Oficina del Censo de los Estados Unidos está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud Infantil en el nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) bajo el Título 13, Código de los Estados Unidos, Sección 8 (b), que permite la Oficina del Censo para realizar encuestas en nombre de otros agencias. Título 42 USC Sección 701 (a) (2) permite HHS para recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los niños en los Estados Unidos. Los datos recopilados en virtud de este acuerdo son confidenciales bajo 13 USC Sección 9. Todo el acceso al Título 13 datos de esta encuesta se limita a los empleados de la Oficina del Censo y los titulares del Estado jurado de la Oficina del Censo Especial de conformidad con 13 USC Sección 23 (c).

Cualquier información que proporcione será compartido entre un número limitado de la Oficina del Censo y el personal del HHS sólo para fines relacionados con el trabajo identificados anteriormente y según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC Sección 552a).

La participación en esta encuesta es voluntaria y no hay sanciones por negarse a responder a las preguntas. Sin embargo, su cooperación en la obtención de esta información necesaria es de suma importancia a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-S-T1
(07/20/2016)

Inicio

Recientemente, usted completó una encuesta con preguntas sobre los niños que usualmente viven o se quedan en esta dirección. Gracias por tomar de su tiempo para completar esa encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

Estas preguntas servirán para recopilar más información detallada sobre diversos aspectos de la salud de este niño, que incluyen su estado de salud, visitas a los proveedores de atención médica, costos de atención médica y cobertura de seguro de salud.

Hemos seleccionado solamente a un niño por hogar a fin de minimizar el tiempo necesario para responder a las preguntas de seguimiento.

La encuesta se deberá completar por un adulto familiarizado con la salud y la atención médica de este niño.

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este niño

A1 En general, ¿cómo describiría la salud de este niño (cuyo nombre aparece más arriba)?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A2 ¿Cómo describiría la salud dental de este niño?

- ☐ Este niño no tiene dientes
- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A3 ¿Qué tan bien cada una de las siguientes frases describen a este niño?

	Definitivamente cierto	Algo cierto	Falso
a. Este niño es cariñoso y tierno con usted	☐	☐	☐
b. Este niño se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como él quiere	☐	☐	☐
c. Este niño muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas	☐	☐	☐
d. Este niño sonríe y se ríe mucho	☐	☐	☐

A4 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, este niño ha tenido dificultades CRÓNICAS o FRECUENTES con cualquiera de los siguientes?

	Sí	No
a. Respirar u otros problemas respiratorios (como respiración sibilante o falta de aire)	☐	☐
b. Comer o tragar debido a una afección médica	☐	☐
c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales/intestinales, estreñimiento o diarrea	☐	☐
d. Dolor físico repetido o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal	☐	☐
e. Usar sus manos	☐	☐
f. Coordinar o moverse	☐	☐
g. Dolor de muelas	☐	☐
h. Sangrado en las encías	☐	☐
i. Dientes deteriorados o caries	☐	☐

A5 ¿Presenta este niño alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No
a. Sordera o problemas de audición	☐	☐
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos	☐	☐

A6 **¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...**

¿Alergias (incluyendo alimentos, medicamentos, insectos o de otro tipo)?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A7 **¿Artritis?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A8 **¿Asma?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A9 **¿Trastornos sanguíneos (como enfermedad de anemia drepanocítica o de células falciformes, talasemia o hemofilia)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A10 **¿Lesión cerebral, contusión o lesión en la cabeza?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

(¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...)

A11 **¿Parálisis cerebral?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A12 **¿Fibrosis quística?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A13 **¿Diabetes?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A14 **¿Síndrome de Down?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A15 **¿Epilepsia o trastornos convulsivos?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A16 **¿Afección cardiaca?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

(¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...)

A17 ¿Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A18 ¿Síndrome de Tourette?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A19 ¿Problemas de ansiedad?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A20 ¿Depresión?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A21 ¿Otra afección genética o hereditaria?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A22 ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico, otro proveedor de atención médica o un educador que este niño padece de...

Algunos ejemplos de educadores son maestros y enfermeros escolares.

¿Problemas de comportamiento o conducta?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A23 ¿Retraso en el desarrollo?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A24 ¿Discapacidad intelectual (también conocida como retraso mental)?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A25 ¿Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A26 ¿Discapacidades del aprendizaje?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A27 **¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...**

¿Cualquier otra afección de salud mental?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** especifique:

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A28 **¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de autismo o trastorno del espectro autista (TEA)?** *Incluya los diagnósticos de síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo (TGD).*

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **A33**

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A29 **¿Qué edad tenía este niño cuando un médico u otro proveedor de atención médica le dijo a usted por PRIMERA VEZ que tenía autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?**

☐☐ Edad en años ☐ No sabe

A30 **¿Qué tipo de médico u otro proveedor de atención médica fue el PRIMERO en decirle a usted que este niño tenía autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?** *Marque solo UNA opción.*

☐ Proveedor de atención primaria

☐ Especialista

☐ Psicólogo/consejero escolar

☐ Otro psicólogo (no escolar)

☐ Psiquiatra

☐ Otro, especifique:

☐ No sabe

A31 **¿Toma este niño ACTUALMENTE medicamentos para tratar el autismo, los trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o el trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?**

☐ Sí ☐ No

A32 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño tratamiento del comportamiento por autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este niño para ayudar con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A33 **¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece del trastorno por déficit de atención o del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es decir, TDA o TDAH?**

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **A36**

↳ **Si la respuesta es sí,** ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí,** el caso es:

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

A34 **¿Toma este niño ACTUALMENTE medicamentos para tratar el trastorno por déficit de atención (TDA) o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No

A35 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño tratamiento del comportamiento por trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este niño para ayudar con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A36 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las afecciones o los problemas de salud de este niño afectaron su capacidad para hacer actividades que realizan otros niños de su edad?**

☐ Este niño no padece ninguna afección → ***PASE a la pregunta*** **B1**

☐ Nunca

☐ A veces

☐ Casi siempre

☐ Siempre

A37 **¿En qué medida las afecciones o los problemas de salud de este niño afectan su capacidad para hacer actividades?**

☐ Muy poco

☐ Algo

☐ En gran medida

B. Este niño cuando era bebé

B1 **¿Nació este niño más de 3 semanas antes de la fecha para la cual se esperaba el parto?**

☐ Sí

☐ No

B2 **¿Cuánto pesó al nacer?**
Responder en libras y onzas o kilogramos y gramos.
Indique su mejor aproximación.

☐☐ libras y ☐☐ onzas

O

☐☐ kilogramos y ☐☐☐ gramos

B3 **¿Qué edad tenía la madre cuando nació este niño?**

☐☐ Edad en años

B4 **¿Fue amamantado o tomó leche materna este niño ALGUNA VEZ?**

☐ Sí

☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **B6**

B5 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando dejó COMPLETAMENTE de ser amamantado o de tomar leche materna?**

☐☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

O

☐ *Marque esta casilla si este niño nunca tomó leche de fórmula*

B6 **¿Qué edad tenía este niño cuando tomó leche de fórmula por PRIMERA VEZ?**

☐ Al nacer

O

☐☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

O

☐ *Marque esta casilla si este niño nunca tomó leche de fórmula*

B7 **¿Qué edad tenía este niño cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula?**
Incluya jugo, leche de vaca, agua con azúcar, alimento para bebé o cualquier otra cosa que haya ingerido este niño, incluso agua.

☐ Al nacer

O

☐☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

O

☐ *Marque esta casilla si este niño nunca ingirió otro alimento aparte de leche materna o de fórmula*

C. Servicios de atención médica

C1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿consultó este niño a algún médico, enfermero u otro profesional de la salud para recibir atención por una enfermedad, para la visita de niño sano, realizarse un examen físico, por hospitalizaciones o recibir cualquier otro tipo de atención médica?**

☐ Sí

☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C4**

C2 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo este niño una consulta con un médico, enfermero u otro profesional de la salud para realizarse un chequeo PREVENTIVO?** *El chequeo preventivo se realiza cuando este niño no ha estado enfermo ni lesionado, tal como un chequeo anual o un examen físico para hacer deporte o la visita de niño sano.*

- ☐ 0 visitas ➔ ***PASE a la pregunta*** **C4**
- ☐ 1 visita
- ☐ 2 visitas o más

C3 **Pensando en la ÚLTIMA VEZ que llevó al niño a un chequeo preventivo, ¿aproximadamente cuánto tiempo estuvo el médico o proveedor de atención médica que examinó a este niño en el consultorio con usted? Está bien que indique su mejor aproximación.**

- ☐ Menos de 10 minutos
- ☐ De 10 a 20 minutos
- ☐ Más de 20 minutos

C4 **¿Cuál es la estatura ACTUAL de este niño?**

☐ pies y ☐☐ pulgadas

O

☐ metros y ☐☐☐ centímetros

C5 **¿Cuál es el peso ACTUAL de este niño?**

☐☐☐ libras y ☐☐ onzas

O

☐☐ kilogramos y ☐☐☐ gramos

C6 **¿Le preocupa el peso de este niño?**

- ☐ Sí, es demasiado alto
- ☐ Sí, es demasiado bajo
- ☐ No, no me preocupa

C7 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le preguntaron los médicos o proveedores de atención médica de este niño si usted estaba preocupado por el aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de este niño?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C8 **Si este niño tiene MENOS DE 9 MESES, PASE a la pregunta** **C9**.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le pidió a usted un médico u otro proveedor de atención médica que usted u otro cuidador completara un cuestionario con inquietudes u observaciones específicas que pudiera tener sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de este niño? *A veces, el médico u otro proveedor de atención médica le solicitará al padre o a la madre que complete este en casa o durante la visita de este niño.*

☐ Sí ☐ No

➔ **Si la respuesta es sí,** y este niño tiene entre 9 y 23 meses:

Indique si el cuestionario incluía preguntas con sus inquietudes u observaciones sobre: *Marque TODAS las opciones que correspondan.*

- ☐ ¿Cómo habla este niño o emite los sonidos del habla?
- ☐ ¿Cómo interactúa este niño con usted y los demás?

➔ **Si la respuesta es sí,** y este niño tiene entre 2 y 5 años:

¿El cuestionario incluía preguntas con sus inquietudes u observaciones sobre: *Marque TODAS las opciones que correspondan.*

- ☐ ¿Palabras y frases que este niño usa y comprende?
- ☐ ¿Cómo se comporta y se lleva este niño con usted y los demás?

C9 **¿Hay algún lugar a donde este niño USUALMENTE va cuando está enfermo o al que usted u otro cuidador va cuando necesita asesoramiento sobre la salud de este niño?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C11**

C10 **Si la respuesta es sí, ¿a dónde va este niño USUALMENTE?** *Marque solo UNA opción.*

- ☐ Consultorio del médico
- ☐ Sala de emergencias del hospital
- ☐ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Clínica ambulatoria dentro de un negocio o "Minute Clinic"
- ☐ Escuela (enfermería, oficina del entrenador atlético)
- ☐ Algún otro lugar

C11 **¿Hay algún lugar a donde va USUALMENTE este niño cuando necesita atención preventiva de rutina, como un examen físico o un chequeo de niño sano?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C13**

C12 **Si la respuesta es sí, ¿es este el mismo lugar a donde el niño va cuando está enfermo?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C13 **¿ALGUNA VEZ se le hizo a este niño un examen de la vista con imágenes, formas o letras?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C15**

C14 **Si la respuesta es sí, ¿en qué tipo de lugar o lugares se examinó la vista de este niño?** *Marque TODAS las categorías que correspondan.*

- ☐ Consultorio de un oculista o especialista en ojos (oftalmólogo, optometrista)
- ☐ Consultorio del pediatra u otro médico generalista
- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Escuela
- ☐ Otro, especifique:

C15 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención dental u oral?**

- ☐ Sí, fue al dentista
- ☐ Sí, fue a otro profesional de salud oral
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C18**

C16 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir atención preventiva, como chequeos, limpiezas dentales, selladores dentales o tratamientos de fluoruro?**

- ☐ No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses➔ ***PASE a la pregunta*** **C18**
- ☐ Sí, 1 visita
- ☐ Sí, 2 visitas o más

C17 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicios dentales preventivos recibió este niño?** *Marque TODAS las opciones que correspondan.*

- ☐ Chequeo
- ☐ Limpieza
- ☐ Instrucciones sobre cepillado de dientes y cuidado de salud oral
- ☐ Radiografías
- ☐ Tratamiento de fluoruro
- ☐ Sellador (sellador plástico en dientes posteriores)
- ☐ No sabe

C18 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño algún tratamiento o asesoría por parte de un profesional de salud mental?** *Los profesionales de salud mental incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales clínicos.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este niño necesitaba ver a un profesional de salud mental.
- ☐ No, este niño no necesitó ver a un profesional de salud mental ➔ ***PASE a la pregunta*** **C20**

C19 **¿Qué tan problemático le resultó obtener el tratamiento o la asesoría de salud mental que este niño necesitaba?**

- ☐ No fue problema
- ☐ Fue un poco problemático
- ☐ Fue bastante problemático

C20 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tomó este niño algún medicamento debido a dificultades con sus emociones, concentración o comportamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C21 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño a algún especialista aparte de un profesional de salud mental?** *Los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en una sola área de la atención médica.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este niño necesitaba ver a un especialista
- ☐ No, este niño no necesitó ver a un especialista ➔ ***PASE a la pregunta*** **C23**

C22 **¿Qué tan problemático le resultó que este niño recibiera la atención del especialista que necesitaba?**

- ☐ No fue problema
- ☐ Fue un poco problemático
- ☐ Fue bastante problemático

C23 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usó este niño algún tipo de atención médica o tratamiento alternativo?** *La atención médica alternativa puede incluir acupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, suplementos a base de hierbas y otros tratamientos. Algunas terapias implican ver a un proveedor de atención médica, mientras que otras se pueden realizar por cuenta propia.*

- ☐ Sí
- ☐ No

C24 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este niño atención médica en alguna ocasión pero no la recibió?** *Por atención médica nos referimos a la atención médica así como atención dental, de la vista y de salud mental.*

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C27**

C25 **Si la respuesta es sí, ¿qué tipos de atención no recibió?** *Marque TODAS las categorías que correspondan.*

- ☐ Atención médica
- ☐ Atención dental
- ☐ Atención de la vista
- ☐ Atención de la audición
- ☐ Servicios de salud mental
- ☐ Otro, especifique:

C26 **Cuál de las siguientes contribuyeron a este niño no recibir servicios de salud necesarios:**

	Sí	No
a. ¿Este niño no era elegible para recibir los servicios?	☐	☐
b. ¿Los servicios que necesitaba este niño no estaban disponibles en su área?	☐	☐
c. ¿Hubo problema para programar una cita cuando este niño la necesitó?	☐	☐
d. ¿Hubo problema para obtener transporte o cuidado de niños?	☐	☐
e. ¿El consultorio (del médico/la clínica) no estaba abierto cuando este niño necesitó atención?	☐	☐
f. ¿Hubo problemas relacionados con el costo?	☐	☐

C27 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrado en sus esfuerzos para obtener servicios para este niño?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

C28 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este niño a la sala de emergencias de un hospital?**

- ☐ Nunca
- ☐ 1 visita
- ☐ 2 visitas o más

C29 **¿Recibió este niño ALGUNA VEZ un plan de educación especial o de intervención temprana?** *Los niños que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) o Plan de Educación Individualizada (IEP).*

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **C32**

C30 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando se estableció el PRIMER plan?**

☐☐ Años y ☐☐ Meses

C31 **¿Recibe este niño ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C32 **¿Recibió este niño ALGUNA VEZ servicios especiales para cumplir con sus necesidades del desarrollo, tal como terapia del habla, ocupacional o del comportamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D1**

C33 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando comenzó a recibir estos servicios especiales?**

☐☐ Años y ☐☐ Meses

C34 **¿Recibe este niño ACTUALMENTE estos servicios especiales?**

- ☐ Sí
- ☐ No

D. Experiencia con los proveedores de atención médica de este niño

D1 **¿Tiene a una o más personas quienes considera como médico o enfermero de cabecera de este niño?** *Un médico o enfermero es un profesional de la salud quien conoce bien al niño y está familiarizado con la historia de salud de este niño. Puede ser un médico de medicina general, un pediatra, un médico especialista, un enfermero practicante o un asociado médico.*

- ☐ Sí, a una persona
- ☐ Sí, a más de una persona
- ☐ No

D2 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este niño un referido para ver a algún médico o recibir algún servicio?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D4**

D3 **Si la respuesta es sí, ¿cuánta dificultad tuvo para obtener referidos?**

- ☐ No fue problema
- ☐ Fue un poco problemático
- ☐ Fue bastante problemático

D4 ***Responda las siguientes preguntas solo si este niño tuvo una visita de atención médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario, PASE a la pregunta*** **E1**.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica de este niño hicieron lo siguiente:

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. ¿Estuvieron tiempo suficiente con este niño?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Lo escucharon a usted con atención?	☐	☐	☐	☐
c. ¿Mostraron sensibilidad por los valores y costumbres familiares?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este niño?	☐	☐	☐	☐
e. ¿Lo hicieron sentirse como un participante en la atención de este niño?	☐	☐	☐	☐

D5 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se necesitó tomar alguna decisión sobre los servicios o tratamientos de atención médica de este niño, tal como comenzar o interrumpir la administración de medicamentos recetados o servicios de terapia, obtener un referido para un especialista u obtener un procedimiento médico?**

☐ Sí

☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D7**

D6 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica de este niño:**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. ¿Analizaron con usted la variedad de opciones a considerar para la atención médica o el tratamiento de este niño?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Le dieron lugar para expresar sus dudas o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este niño?	☐	☐	☐	☐
c. ¿Trabajaron con usted para decidir las mejores opciones sobre la atención médica de tratamiento para este niño?	☐	☐	☐	☐

D7 **¿Le ayuda alguien a hacer arreglos o coordinar la atención de este niño entre los diferentes médicos y servicios que este niño usa?**

☐ Sí

☐ No

☐ No vio a más de un proveedor de atención médica en los ÚLTIMOS 12 MESES ➔ ***PASE a la pregunta*** **D11**

D8 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿sintió que podría haber usado ayuda adicional para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este niño entre los diferentes proveedores o servicios de atención médica?**

☐ Sí

☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D10**

D9 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que deseaba para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este niño?**

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ Nunca

D10 **En general, ¿cómo se siente con respecto a la comunicación entre los médicos de este niño y los demás proveedores de atención médica?**

☐ Muy satisfecho

☐ Algo satisfecho

☐ Algo insatisfecho

☐ Muy insatisfecho

D11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el proveedor de atención médica de este niño se comunicó con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial de este niño?**

☐ Sí

☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **E1**

☐ No fue necesario que el proveedor de atención médica se comunicara con estos proveedores ➔ ***PASE a la pregunta*** **E1**

D12 **Si la respuesta es sí, en general, ¿qué tan satisfecho se siente con respecto a la comunicación que el proveedor de atención médica de este niño tiene con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial?**

☐ Muy satisfecho

☐ Algo satisfecho

☐ Algo insatisfecho

☐ Muy insatisfecho

E. Cobertura de seguro médico de este niño

E1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ALGUNA VEZ estuvo cubierto este niño por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí, este niño tuvo cobertura durante los 12 meses ➔ ***PASE a la pregunta*** **E4**
- ☐ Sí, pero este niño tuvo una interrupción en la cobertura
- ☐ No

E2 **Indique si alguno de los siguientes es un motivo por el cual este niño no tuvo cobertura de seguro de salud DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:**

	Sí	No
a. Cambio de empleador o de situación laboral	☐	☐
b. Cancelación por primas vencidas	☐	☐
c. Renunció a la cobertura porque costaba demasiada	☐	☐
d. Renunció a la cobertura porque los beneficios eran inadecuados	☐	☐
e. Renunció a la cobertura porque las opciones de proveedores de atención médica eran inadecuadas	☐	☐
f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación de la cobertura	☐	☐
g. Otro, especifique:	☐	☐

E3 **¿Está este niño cubierto ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro de salud o planes de cobertura de seguro de salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **F1**

E4 **¿Está este niño cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud?**

	Sí	No
a. Seguro a través de un empleador o sindicato actual o previo	☐	☐
b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros	☐	☐
c. Medicaid, Medical Assistance, o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o una discapacidad	☐	☐
d. TRICARE u otro servicios de atención médica de las Fuerzas Armadas	☐	☐
e. Servicio de Salud Indio (Indian Health Services)	☐	☐
f. Otro, especifique:	☐	☐

E5 **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este niño ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen las necesidades de este niño?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

E6 **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este niño le permite ver a los proveedores de atención médica que necesita?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

E7 **Pensando específicamente en las necesidades de salud mental o del comportamiento de este niño, ¿con qué frecuencia el seguro de salud de este niño ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen estas necesidades?**

- ☐ Este niño no utiliza servicios de salud mental o del compartamiento
- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

F. El cuidado de la salud de este niño

F1 **Incluyendo co-pagos y Cuentas de Ahorros de Salud (HSA) y Cuentas de Gastos Flexibles (FSA), que cantidad de dinero pagó por atención médica, salud, dental, y el cuidado de visión de este niño DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** *No incluya las primas ni los costos del seguro que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente.*

- ☐ $0 (Sin gastos médicos ni gastos relacionados con la salud) ➔ ***PASE a la pregunta*** **F4**
- ☐ De $1 a $249
- ☐ De $250 a $499
- ☐ De $500 a $999
- ☐ De $1,000 a $5,000
- ☐ Más de $5,000

F2 **¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

F3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo su familia problemas para pagar las facturas médicas o de atención médica de este niño?**

- ☐ Sí
- ☐ No

F4 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted u otro miembro de la familia:**

	Sí	No
a. ¿Dejó de trabajar debido a la salud o afección médica de este niño?	☐	☐
b. ¿Redujo la cantidad de horas de trabajo debido a la salud o afección médica de este niño?	☐	☐
c. ¿Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este niño?	☐	☐

F5 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedica usted u otros miembros de la familia a la atención médica del niño en su hogar?** *El cuidado puede incluir cambiar vendajes o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.*

- ☐ Este niño no necesita atención médica cada semana
- ☐ Ni yo ni otros miembros de la familia brindaron ningún tipo de atención médica
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

F6 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedica usted u otros miembros de la familia haciendo arreglos o coordinando la atención médica o de la salud de este niño, tal como para programar citas o localizar servicios?**

- ☐ Este niño no necesita de atención médica coordinada cada semana
- ☐ Ni yo ni otros miembros de la familia hicieron arreglos ni coordiné atención médica o de la salud
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

G. El aprendizaje de este niño

G1 **¿Comenzó este niño la escuela?** *Incluya la enseñanza en el hogar (homeschooling).*

- ☐ Este niño es menor de 3 años de edad ➔ ***PASE a la pregunta*** **H1**
- ☐ Sí
- ☐ No

G2 **¿Qué tan bien está aprendiendo este niño a hacer cosas por su cuenta?**

- ☐ Muy bien
- ☐ Algo
- ☐ Pobremente
- ☐ Nada

G3 **¿Qué tan seguro está de que este niño va a tener éxito en la escuela elemental o primaria?**

- ☐ Muy seguro
- ☐ Mayormente seguro
- ☐ Algo seguro
- ☐ Nada seguro

G4 **¿Con qué frecuencia puede reconocer este niño el sonido inicial de una palabra? Por ejemplo, ¿puede este niño decirle que la palabra "pelota" comienza con el sonido de la letra "p"?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G5 **¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este niño?**

- ☐ Todas
- ☐ La mayoría
- ☐ Algunas
- ☐ Ninguna

G6 **¿Puede este niño decir palabras que rimen?**

- ☐ Sí
- ☐ No

G7 **¿Con qué frecuencia puede explicar este niño lo que ha visto o hecho para que usted tenga una idea bastante clara de lo que pasó?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G8 **¿Con qué frecuencia puede escribir este niño su nombre, incluso si algunas de las letras no están del todo bien o están al revés?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G9 **¿Hasta qué número puede contar este niño?**

- ☐ Nada
- ☐ Hasta cinco
- ☐ Hasta diez
- ☐ Hasta 20
- ☐ Hasta 50
- ☐ Hasta 100 o más

G10 **¿Con qué frecuencia puede identificar este niño formas básicas, como un triángulo, círculo o cuadrado?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G11 **¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este niño?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G12 **¿Con qué frecuencia sigue trabajando este niño en algo hasta terminarlo?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G13 **Cuando este niño está prestando atención, ¿con qué frecuencia puede seguir instrucciones para completar una tarea simple?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G14 **Cuando este niño sostiene un lápiz, ¿utiliza los dedos o lo sostiene con todo el puño?**

- ☐ Usa los dedos
- ☐ Usa todo el puño
- ☐ No puede sostener un lápiz

G15 **¿Con qué frecuencia este niño juega bien con los demás?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G16 **¿Con qué frecuencia este niño se enfada o siente ansioso cuando se pasa de una actividad a otra?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G17 **¿Con qué frecuencia muestra preocupación este niño cuando otros están heridos o infeliz?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G18 **¿Con qué frecuencia puede calmarse este niño cuando está excitado?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G19 **¿Con qué frecuencia pierde este niño el control de su temperamento cuando las cosas no salen a su manera?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G20 **En comparación con otros niños de la misma edad, ¿qué dificultad tiene este niño para hacer o mantener amistades?**

- ☐ Ninguna dificultad
- ☐ Algo de dificultad
- ☐ Mucha dificultad

G21 **En comparación con otros niños de la misma edad, ¿con qué frecuencia puede permanecer este niño quieto mientras está sentado?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

G22 **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguna vez le pidió que mantenga a este niño de cualquier guardería o preescolar debido a su comportamiento (cosas como golpeando, pateando, mordiendo, rabietas o desobediendo)?** *Marque solo UNO.*

- ☐ Este niño no asistió a la guardería o preescolar
- ☐ No
- ☐ Sí, me dijeron que recogiera a este niño temprano en 1 o más días
- ☐ Sí, tenía que mantener a este niño en casa por 1 día completo o más
- ☐ Sí, definitivamente me dijeron que este niño ya no pudo asistir a este centro de cuidado infantil o preescolar

H. Acerca de usted y este niño

H1 **¿Nació este niño en los Estados Unidos?**

- ☐ Sí ➔ ***PASE a la pregunta*** **H3**
- ☐ No

H2 **Si la respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha vivido este niño en los Estados Unidos?**

☐☐ Años y ☐☐ Meses

H3 **¿Cuántas veces se ha mudado este niño a una dirección nueva desde que nació?**

☐☐ Cantidad de veces

H4 **¿Con qué frecuencia se va a dormir este niño a más o menos a la misma hora en las noches entre semana?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

H5 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántas horas durmió este niño durante un día normal (cuente sueño durante la noche y las siestas)?**

- ☐ Menos de 7 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ 9 horas
- ☐ 10 horas
- ☐ 11 horas
- ☐ 12 horas o más

H6 ***Responda la siguiente pregunta solo si este niño tiene MENOS DE 12 MESES DE EDAD. De lo contrario, PASE a la pregunta*** **H7**.

¿En qué posición acuesta con mayor frecuencia al bebé para dormir? *Marque solo UNA opción.*

- ☐ De costado
- ☐ Boca arriba
- ☐ Boca abajo

H7 **EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasa este niño frente al televisor viendo programas de televisión, videos o jugando videojuegos?**

- ☐ Ningún tiempo
- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas o más

H8 **EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasa este niño usando computadoras, teléfonos celulares, videojuegos de mano y otros dispositivos electrónicos, haciendo actividades no relacionadas con la escuela?**

- ☐ Ningún tiempo
- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas o más

H9 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este niño?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H10 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron un cuento o le cantaron canciones a este niño?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H11 **¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los niños?**

- ☐ Muy bien
- ☐ Algo bien
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada de bien

H12 **DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió:**

	Nunca	En raras ocasiones	A veces	Casi siempre	Siempre
a. ¿Qué este niño es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los niños de su edad?	☐	☐	☐	☐	☐
b. ¿Qué este niño hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c. ¿Qué estaba enojado con este niño?	☐	☐	☐	☐	☐

H13 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quien pudiera recurrir en busca cotidiana de apoyo emocional con la crianza de niños?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **H15**

H14 **Si la respuesta es sí, ¿recibió usted apoyo emocional de:**

	Sí	No
a. ¿Esposo(a)?	☐	☐
b. ¿Otro familiar o amigo cercano?	☐	☐
c. ¿Un proveedor de atención médica?	☐	☐
d. ¿Un lugar de culto o un líder religioso?	☐	☐
e. ¿Un grupo de apoyo o asistencia relacionado con una afección específica de salud?	☐	☐
f. ¿Un grupo de apoyo?	☐	☐
g. ¿Un consejero u otro profesional de salud mental?	☐	☐
h. Otra persona, especifique:	☐	☐

H15 **¿Recibe este niño cuidado por al menos 10 horas por semana de otra persona que no sea su padre, madre o tutor?** *Puede ser una guardería infantil, centro de educación preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado de niños, niñera, au pair o pariente.*

- ☐ Sí
- ☐ No

H16 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de niños para este niño?**

- ☐ Sí
- ☐ No

I. Acerca de su familia y su hogar

I1 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días se reunieron todos los miembros de la familia que viven en el hogar para comer juntos?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

I2 **¿Alguien que vive en su hogar fuma cigarrillos, cigarros o tabaco de pipa?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **I4**

I3 **Si la respuesta es sí, ¿alguien fuma dentro del hogar?**

- ☐ Sí
- ☐ No

I4 **Cuando su familia enfrenta problemas, ¿con qué frecuencia es probable que hagan lo siguiente?**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Hablar todos juntos sobre qué hacer	☐	☐	☐	☐
b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas	☐	☐	☐	☐
c. Saber que tienen la fortaleza para aprovechar	☐	☐	☐	☐
d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles	☐	☐	☐	☐

I5 **DESDE QUE EL NIÑO NACIÓ, ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil mantenerse con sus ingresos familiares, por ejemplo, difícil cubrir lo básico como alimento u hogar?**

- ☐ Nunca
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ En algunas ocasiones
- ☐ En muchas ocasiones

I6 **La siguiente pregunta es para conocer si pudo costear los alimentos que necesitaba. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la situación alimenticia de su hogar EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- ☐ Siempre pudimos costear buenas comidas nutritivas.
- ☐ Siempre pudimos costear lo suficiente para comer, pero no siempre la clase de alimentos que debemos comer.
- ☐ A veces no pudimos costear lo suficiente para comer.
- ☐ Con frecuencia no pudimos costear lo suficiente para comer.

I7 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aunque fuera durante un mes, ¿algún miembro de la familia recibió lo siguiente:**

	Sí	No
a. ¿Ayuda en efectivo de un programa de asistencia social del gobierno?	☐	☐
b. ¿Cupones para alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)?	☐	☐
c. ¿Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?	☐	☐
d. ¿Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)?	☐	☐

I8 **¿En su vecindario hay:**

	Sí	No
a. ¿Aceras o paseos peatonales?	☐	☐
b. ¿Un parque o área de juegos?	☐	☐
c. ¿Un centro de recreación, centro comunitario o club "boys and girls"?	☐	☐
d. ¿Una biblioteca o biblioteca ambulante?	☐	☐
e. ¿Basura o desperdicios en las calles o aceras?	☐	☐
f. ¿Hogares mantenidos pobremente o deteriorados?	☐	☐
g. ¿Vandalismo, como ventanas rotas o grafitis?	☐	☐

I9 **¿En qué medida está de acuerdo con estas afirmaciones sobre su vecindario o comunidad?**

	Definitivamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
a. La gente de este vecindario se ayuda mutuamente	☐	☐	☐	☐
b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros hijos	☐	☐	☐	☐
c. Este niño está seguro en nuestro vecindario	☐	☐	☐	☐
d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a donde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	☐	☐	☐	☐

I10 ***Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida del niño. Estos pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas quizás se sientan incómodas con estas preguntas. Usted podrá omitir cualquier pregunta que no desee responder.***

A su entender, ¿el niño experimentó ALGUNA VEZ algunas de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron	☐	☐
b. Los padres o tutores murieron	☐	☐
c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel	☐	☐
d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar	☐	☐
e. Fue víctima o testigo de violencia en el vecindario	☐	☐
f. Vivió con alguna persona con enfermedad mental, suicida o con depresión grave	☐	☐
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	☐	☐
h. Fue tratado o juzgado injustamente por su raza o grupo étnico	☐	☐

J. Sobre usted

Complete las preguntas por cada uno de los dos adultos en el hogar que son los cuidadores principales del niño. En caso de haber solo un adulto, brinde la respuesta para dicha persona.

ADULTO 1 (encuestado)

J1 ¿Qué parentesco tiene con el niño?

- ☐ Padre o madre biológica o adoptiva
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Abuelo(a)
- ☐ Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- ☐ Tío(a)
- ☐ Otro: Pariente
- ☐ Otro: No pariente

J2 ¿Cuál es su sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

J3 ¿Qué edad tiene?

☐☐ Edad en años

J4 ¿Dónde nació?

- ☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta*** **J6**
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

J5 ¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

Año

☐☐☐☐

J6 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado? *Marque solo UNA opción.*

- ☐ Grado 8 o menos
- ☐ Grado 9 al 12; sin diploma
- ☐ Completé secundaria o GED
- ☐ Completé un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- ☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
- ☐ Título asociado universitario (AA, AS)
- ☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- ☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- ☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J7 ¿Cuál es su estado civil?

- ☐ Casado(a)
- ☐ No casado(a), pero vivo con una pareja
- ☐ Nunca me he casado
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)

J8 En general, ¿cómo está su salud física?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J9 En general, ¿cómo está su salud mental o emocional?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J10 ¿Tuvo trabajo por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- ☐ Sí
- ☐ No

ADULTO 2

J11 ¿Qué parentesco tiene el adulto 2 con el niño?

- ☐ Padre o madre biológica o adoptiva
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Abuelo(a)
- ☐ Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- ☐ Tío(a)
- ☐ Otro: Pariente
- ☐ Otro: No pariente
- ☐ Sólo hay un guardián adulto principal para este niño ➔ ***PASE a la pregunta*** **K1**

J12 ¿Cuál es el sexo del Adulto 2?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

J13 ¿Qué edad tiene el adulto 2?

☐☐ Edad en años

J14 ¿Dónde nació el adulto 2?

- ☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta*** **J16**
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

J15 ¿Cuándo vino el adulto 2 a vivir a los Estados Unidos?

Año

☐☐☐☐

J16 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado el adulto 2?

- ☐ Grado 8 o menos
- ☐ Grado 9 al 12; sin diploma
- ☐ Completó secundaria o GED
- ☐ Completó un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- ☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
- ☐ Título asociado universitario (AA, AS)
- ☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- ☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- ☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J17 ¿Cuál es el estado civil del adulto 2?

- ☐ Casado(a)
- ☐ No casado(a), pero vive con una pareja
- ☐ Nunca se ha casado
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)

J18 En general, ¿cómo está la salud física del adulto 2?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J19 En general, ¿cómo está la salud mental o emocional del adulto 2?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J20 ¿Tuvo trabajo el adulto 2 por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- ☐ Sí
- ☐ No

K. Información del Hogar

K1 ¿Cuántas personas viven o se quedan en esta dirección? *Incluya a todas las personas que usualmente viven o se quedan en esta dirección. NO incluya a personas que están viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses, como estudiantes universitarios que viven afuera o personas de las Fuerzas Armadas en despliegue.*

☐☐ Cantidad de personas

K2 ¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de su familia? *Familia se define como cualquier persona que tenga parentesco con este niño por consanguinidad, matrimonio, adopción o por el programa de cuidado Foster del gobierno.*

☐☐ Cantidad de personas

K3 **Ingresos EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015)**
Marque (X) la casilla "Sí" para los tipos de ingresos recibidos por la familia y dé la mejor aproximación de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

a. ¿Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

b. ¿Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

c. ¿Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

d. ¿Seguro Social o retiro para personal de ferrocarriles; pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos o pensión por incapacidad?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

e. ¿Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social del estado o la oficina de asistencia social local?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

f. ¿Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (Veterans Administration, VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia?

☐ Sí ☐ No

$ Cantidad Total

K4 **La siguiente pregunta es sobre sus ingresos y es muy importante. Piense en el total de ingreso familiar combinado EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO de todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad antes de impuestos?**
Incluya dinero del trabajo, pensión para hijos menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También, incluya ingresos de intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.

$ Cantidad Total

Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., queremos agradecerle por su esfuerzo y el tiempo que dedicó para compartir esta información sobre su hogar y los niños que incluye.

Sus respuestas son importantes y facilitarán que investigadores, personas encargadas de formular políticas públicas y defensores de familia comprendan mejor las necesidades en materia de salud y atención médica de los niños de nuestra población diversa.

Coloque el cuestionario completado en el sobre con franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
ATTN: DCB 60-A
1201 E. 10th Street
Jeffersonville, IN 47132-0001

También puede llamar al **1-800-845-8241** para solicitar un sobre de reemplazo.

Se calcula que el tiempo promedio necesario para recopilar esta información es de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y controlar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Para realizar comentarios sobre este cálculo o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo, escriba a: Paperwork Project 0607-0990, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a DEMO.Paperwork@census.gov; escriba como asunto "Paperwork Project 0607-0990."