



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 está obligada por ley a proteger su información, y no se le permite divulgar sus respuestas de manera que usted o su hogar puedan ser identificados. La Oficina del Censo de los Estados Unidos está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud Infantil para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) en conformidad con la Sección 8 (b) del Título 13, Código de los Estados Unidos, que le permite la Oficina del Censo realizar encuestas para otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42, Código de los Estados Unidos, le permite al HHS recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los niños en los Estados Unidos. Las leyes federales protegen su privacidad y mantienen confidenciales sus respuestas, en conformidad con la Sección 9 del Título 13, Código de los Estados Unidos. De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética del 2005, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

Cualquier información que proporcione será compartida para fines relacionados con el trabajo identificado anteriormente y según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 (Sección 552 del Título 5, Código de los Estados Unidos) y SORN COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de la Encuesta Demográfica (Marco de la muestra de la Oficina del Censo).

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-S1
(06/05/2017)



Inicio

Gracias por ayudarnos a conocer sobre la salud y el bienestar de los niños de los Estados Unidos.

Si su hogar tiene niños de 0 a 17 años, pídale a un adulto que sepa sobre la salud y el cuidado de la salud de esos niños que conteste todas las preguntas que correspondan.

Si su hogar no tiene niños, conteste la pregunta **1** que se encuentra a continuación Y envíe el cuestionario.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al 1-800-845-8241. La llamada es gratuita.

Para recibir ayuda relacionada con el Dispositivo Telefónico para Personas Sordas (TDD), llame al 1-800-582-8330. La llamada es gratuita.

En su casa

1 ¿Hay niños de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección?

Sí

No – *NO CONTINUE. Marque "No" y envíenos esta encuesta en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de cada hogar seleccionado para realizar este estudio.*

2 ¿Cuántos niños de 0 a 17 años de edad usualmente viven o se quedan en esta dirección?

Numero de niños que viven o se quedan en esta dirección

3 ¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

Inglés

Español

Otro idioma, especifique: ↴

➔ **Responda a las preguntas restantes para cada uno de los niños de 0 a 17 años de edad que usualmente viven o se quedan en esta dirección.**

Comience por el NIÑO MAS JOVEN, a quien llamaremos "Niño 1" y continúe con el siguiente niño mayor en edad hasta haber respondido las preguntas para todos los niños que usualmente viven o se quedan en esta dirección.



NIÑO 1

(el mas joven)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del niño mas joven

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 2 sobre el origen hispano Y la pregunta 3 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

2 ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español

3 ¿Cuál es la raza del niño? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |

4 ¿Qué edad tiene este niño? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

Años **O** Meses

5 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

6 Si este niño es MENOR DE 4 AÑOS, PASE a la pregunta 7.

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este niño necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este niño más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiere la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida a este niño su capacidad de hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

10 ¿Necesita o recibe este niño alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

11 ¿Tiene este niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el cual necesita tratamiento o asesoramiento psicológico?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ¿ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- Sí No



NIÑO 2

(siguiente niño mayor en edad)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del siguiente niño mayor en edad

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 2 sobre el origen hispano Y la pregunta 3 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

2 ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español

3 ¿Cuál es la raza del niño? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |

4 ¿Qué edad tiene este niño? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

Años O Meses

5 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

6 Si este niño es MENOR DE 4 AÑOS, PASE a la pregunta 7.

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este niño necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este niño más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiere la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida a este niño su capacidad de hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

10 ¿Necesita o recibe este niño alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

11 ¿Tiene este niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el cual necesita tratamiento o asesoramiento psicológico?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ¿ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- Sí No



NIÑO 3

(siguiente niño mayor en edad)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del siguiente niño mayor en edad

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 2 sobre el origen hispano Y la pregunta 3 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

2 ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español

3 ¿Cuál es la raza del niño? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |

4 ¿Qué edad tiene este niño? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

Años O Meses

5 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

6 Si este niño es MENOR DE 4 AÑOS, PASE a la pregunta 7.

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este niño necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este niño más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiere la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida a este niño su capacidad de hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

10 ¿Necesita o recibe este niño alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

11 ¿Tiene este niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el cual necesita tratamiento o asesoramiento psicológico?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ¿ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- Sí No



NIÑO 4

(siguiente niño mayor en edad)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del siguiente niño mayor en edad

→ **NOTA:** Responda **AMBAS PREGUNTAS**, la pregunta **2** sobre el origen hispano Y la pregunta **3** sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

2 ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español

3 ¿Cuál es la raza del niño? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |

4 ¿Qué edad tiene este niño? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------------------	------	---	----------------------	----------------------	-------

5 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

6 Si este niño es MENOR DE 4 AÑOS, PASE a la pregunta 7.

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este niño necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este niño más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requiere la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida a este niño su capacidad de hacer las cosas que hacen la mayoría de los niños de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este niño ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

10 ¿Necesita o recibe este niño alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA afección médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿ha durado la afección o se prevé que dure 12 meses o más?

- Sí No

11 ¿Tiene este niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el cual necesita tratamiento o asesoramiento psicológico?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de comportamiento ¿ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- Sí No



➔ Si hay más de cuatro niños de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección, escriba el nombre, las iniciales o el apodo de cada niño, y también su edad y sexo. No repita la información de los niños 1 a 4 ya incluidos anteriormente.

NIÑO 5*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 6*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 7*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 8*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 9*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 10*(siguiente niño mayor en edad)* ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino



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.

→ Asegúrese de que ha:

- Detallado los nombres, las iniciales o los apodos de todos los niños de 0 a 17 años de edad en el hogar
- Respondido a todas las preguntas para cada uno de los niños incluidos

→ 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 estima que el tiempo promedio necesario para recopilar esta información es de 5 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. Los comentarios sobre el estimado del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse 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."

