



Encuesta Nacional de Salud Infantil

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 Estados Unidos actualmente.



La Oficina del Censo de los Estados Unidos está realizando la Encuesta Nacional de Salud Infantil en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) en virtud de lo dispuesto en el Título 13 del Código de los Estados Unidos, Sección 8 (b), que autoriza a la Oficina del Censo a realizar encuestas en nombre de otras agencias y del Título 42 del Código de los Estados Unidos, Capítulo 7, Título 5, que autoriza al HHS a recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los niños en los Estados Unidos.

Cualquier información que usted provea será utilizada por un número limitado de empleados de la Oficina del Censo y el HHS solo para los propósitos relacionados con trabajo antes mencionados y de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (Título 5 del Código de los Estados Unidos, Sección 552a) y conforme al Sistema de Aviso de Registro, COMERCIO/Censo-7, Encuestas de Otras Agencias y Reembolsables. Por ley esta información se mantendrá confidencial conforme a la Ley de Protección de la Información Confidencial y Eficiencia Estadística (Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act, CIPSEA), Título 44 del Código de Estados Unidos, nota 3501. Esta ley exige que la Oficina del Censo y el HHS mantengan bajo estricta confidencialidad toda la información sobre usted y los miembros de su hogar y que la información solo se use con fines estadísticos. Conforme a esta ley, todos los datos de divulgación pública estarán solo en formato estadístico. No se divulgará información que pudiera identificarlo personalmente a usted o a su familia. El incumplimiento de esta ley constituye un delito federal sancionado con penas rigurosas, que incluyen la condena a prisión federal por hasta cinco años, multas de hasta \$250,000 o ambas.

La participación en esta encuesta es voluntaria y negarse a responder las preguntas no implica sanción alguna. Sin embargo, su cooperación para obtener la información necesaria es de suma importancia a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-PS-S1
(06/17/2015)



Inicio

Responda todas las preguntas que correspondan, sin importar si tiene hijos de 0 a 17 años de edad que usualmente viven o se quedan en esta dirección.

En los hogares con niños, la encuesta se deberá completar por un adulto familiarizado con la salud y la atención médica de estos niños.

Gracias por ayudarnos a aprender más sobre la salud y el bienestar de los niños estadounidenses.

Si usted:

- Necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este formulario
- Necesita aparato con monitor telefónico para los discapacitados auditivos (TDD)
- ¿NECESITA AYUDA para completar su cuestionario?

Llame al: **1-800-845-8241**. La llamada telefónica es sin cargo.

En su casa

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

No

↳ Si la respuesta es 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.

Sí

2 ¿Cuántos jóvenes o 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 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 más joven)

Nombre/iniciales/apodo del niño más joven

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 1 sobre el origen hispano Y la pregunta 2 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

1 ¿Es el niño 1 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

2 ¿Cuál es la raza del niño? Marque 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 | |

3 ¿Qué edad tiene este niño en años?
Responda en meses si es menor de 1 año.

<input type="text"/>	Años (o)	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------	----------------------	-------

4 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

5 ¿Cuán bien habla inglés el niño?
(de 5 años o más)

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

6 ¿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 o 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

7 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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)

Nombre/iniciales/apodo del siguiente niño mayor en edad

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 1 sobre el origen hispano Y la pregunta 2 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

1 ¿Es el niño 2 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

2 ¿Cuál es la raza del niño? Marque 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 | |

3 ¿Qué edad tiene este niño en años?
Responda en meses si es menor de 1 año.

<input type="text"/>	Años (o)	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------	----------------------	-------

4 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

5 ¿Cuán bien habla inglés el niño?
(de 5 años o más)

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

6 ¿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 o 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

7 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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)

Nombre/iniciales/apodo del siguiente niño mayor en edad

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 1 sobre el origen hispano Y la pregunta 2 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

1 ¿Es el niño 3 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

2 ¿Cuál es la raza del niño? Marque 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 | |

3 ¿Qué edad tiene este niño en años?
Responda en meses si es menor de 1 año.

<input type="text"/>	Años (o)	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------	----------------------	-------

4 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

5 ¿Cuán bien habla inglés el niño?
(de 5 años o más)

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

6 ¿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 o 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

7 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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)*

Nombre/iniciales/apodo del siguiente niño mayor en edad

➔ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 1 sobre el origen hispano Y la pregunta 2 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

1 ¿Es el niño 4 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

2 ¿Cuál es la raza del niño? Marque 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 | |

3 ¿Qué edad tiene este niño en años?
Responda en meses si es menor de 1 año.

<input type="text"/>	Años (o)	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------	----------------------	-------

4 ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino Femenino

5 ¿Cuán bien habla inglés el niño?
(de 5 años o más)

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

6 ¿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 o 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

7 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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 o 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 ¿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, detalle la edad y el sexo de cada uno de ellos. No repita la información de los niños 1 a 4 ya incluidos anteriormente.

NIÑO 5

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 6

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 7

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 8

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 9

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO 10

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre/iniciales/apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino



Información del encuestado

1 Nombre/iniciales/apodo del encuestado

2 ¿Cuál es su número telefónico?

Código de área	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 7H054, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a DEMO_PAPERWORK@census.gov; escriba como asunto "Paperwork Project".

