

Section A. Cuestionario de selección

A.1. ¿Hay menores de 0-17 años que vivan o permanezcan habitualmente en este hogar?

- ¹ No [Si respondió no, PARE AQUÍ. Este es el final de la encuesta]
² Sí

A.2. ¿Cuántos menores de 0-17 años viven o permanecen habitualmente en este hogar?

Número de menores que viven o permanecen en esta dirección

A.3. ¿Cuál es el idioma principal hablado en el hogar?

- ¹ Inglés
² Español
³ Otro idioma, favor especificar

Responda las preguntas restantes para
permanecen habitualmente en esta dirección.

Comience por EL DE MENOS EDAD; a quien llamaremos "Menor 1" y continúe con el que le sigue, hasta haber respondido las preguntas para todos los menores que viven o permanecen habitualmente en esta dirección.

A.4. MENOR 1

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.5. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- ¹ No, no es de origen hispano, latino o español
² Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
³ Sí, puertorriqueño
⁴ Sí, cubano
⁵ Sí, otro origen hispano, latino o español, favor especificar

A.6. ¿Cual es la raza del menor? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|--|--|
| ¹ <input type="checkbox"/> Blanco | ¹⁴ <input type="checkbox"/> Criollo |
| ² <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense | ¹⁵ <input type="checkbox"/> Micronesio |
| ³ <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | ¹⁶ <input type="checkbox"/> Caroliniano |
| ⁴ <input type="checkbox"/> Indígena asiático | ¹⁷ <input type="checkbox"/> Palauano |
| ⁵ <input type="checkbox"/> Chino | ¹⁸ <input type="checkbox"/> Pohnpeiano |
| ⁶ <input type="checkbox"/> Filipino | ¹⁹ <input type="checkbox"/> Ruso |
| ⁷ <input type="checkbox"/> Japonés | ²⁰ <input type="checkbox"/> Yapés |
| ⁸ <input type="checkbox"/> Coreano | ²¹ <input type="checkbox"/> Chuukés |
| ⁹ <input type="checkbox"/> Vietnamita | ²² <input type="checkbox"/> Marshalés |
| ¹⁰ <input type="checkbox"/> Otro asiático, favor especificar | ²³ <input type="checkbox"/> Kosraeno |
| ¹¹ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | ²⁴ <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico, favor especificar |
| ¹² <input type="checkbox"/> Chamorro | |
| ¹³ <input type="checkbox"/> Samoano Estadounidense/Samoano | |

25 Puertorriqueño

27 Cubano

26 Dominicano

A.7. ¿Cuál es el sexo del menor?

1 Masculino

2 Femenino

A.8. ¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.

Años (o) Meses

Si este menor tiene MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD, ir a A10.

A.9. Puerto Rico: ¿Cuán bien habla español este menor?

Todas las demás jurisdicciones: ¿Cuán bien habla inglés este menor?

1 Muy bien

2 Bien

3 No bien

4 Nada en absoluto

A.10. ¿Necesita o usa este menor ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?

1 Sí

2 No [Ir a A11]

[Si respondió que sí] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

1 Sí

2 No [Ir a A11]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

1 Sí

2 No

A.11. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

1 Sí

2 No [Ir a A12]

[Si respondió que sí] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

1 Sí

2 No [Ir a A12]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

1 Sí

2 No

A.12. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- ¹ Sí
² No [Ir a A13]

[Si respondió que sí] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A13]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.13. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- ¹ Sí
² No [Ir a A14]

[Si respondió que sí] ¿Esto se debe a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A14]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.14. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- ¹ Sí
² No [Ir a A15]

[Si respondió que sí] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

[If respondent has another child, continue with A15. Else continue with Section B.]

A.15. MENOR 2

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.16. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- ¹ No, no es de origen hispano, latino o español
² Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
³ Sí, puertorriqueño
⁴ Sí, cubano
⁵ Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A.17. ¿Cuál es la raza del menor? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Blanco | 14 <input type="checkbox"/> Criollo |
| 2 <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense | 15 <input type="checkbox"/> Micronesio |
| 3 <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | 16 <input type="checkbox"/> Caroliniano |
| 4 <input type="checkbox"/> Indígena asiático | 17 <input type="checkbox"/> Palauano |
| 5 <input type="checkbox"/> Chino | 18 <input type="checkbox"/> Pohnpeiano |
| 6 <input type="checkbox"/> Filipino | 19 <input type="checkbox"/> Ruso |
| 7 <input type="checkbox"/> Japonés | 20 <input type="checkbox"/> Yapés |
| 8 <input type="checkbox"/> Coreano | 21 <input type="checkbox"/> Chuukés |
| 9 <input type="checkbox"/> Vietnamita | 22 <input type="checkbox"/> Marshalés |
| 10 <input type="checkbox"/> Otro asiático, <i>favor especificar</i> | 23 <input type="checkbox"/> Kosraeno |
| <input type="text"/> | 24 <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico, <i>favor especificar</i> |
| 11 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="text"/> |
| 12 <input type="checkbox"/> Chamorro | |
| 13 <input type="checkbox"/> Samoano Estadounidense/Samoano | |

25 Puertorriqueño

27 Cubano

26 Dominicano

A.18. A¿Cuál es el sexo del menor?

1 Masculino

2 Femenino

A.19. A¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.

Años (o) Meses

Si este menor tiene MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD, ir a A21.

A.20. Puerto Rico: ¿Cuán bien habla español este menor?

Todas las demás jurisdicciones: ¿Cuán bien habla inglés este menor?

1 Muy bien

2 Bien

3 No bien

4 Nada en absoluto

A.21. ¿Necesita o usa este menor ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?

1 Sí

2 No [Ir a A22]

Si respondió que sí] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

1 Sí

2 No [Ir a A22]

Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

1 Sí

2 No

A.22. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

1 Sí

2 No [Ir a A23]

Si respondió que sí] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

1 Sí

2 No [Ir a A23]

Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

1 Sí

2 No

A.23. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- ¹ Sí
² No [Ir a A24]

[Si respondió que sí] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A24]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.24. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- ¹ Sí
² No [Ir a A25]

[Si respondió que sí] ¿Esto se debe a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A25]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.25. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- ¹ Sí
² No [Ir a A26]

[Si respondió que sí] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

[If respondent has another child, continue with A26. Else continue with Section B.]

A.26. MENOR 3

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.27. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- ¹ No, no es de origen hispano, latino o español
² Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
³ Sí, puertorriqueño
⁴ Sí, cubano
⁵ Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A.28. ¿Cual es la raza del menor? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ¹ <input type="checkbox"/> Blanco | ¹⁴ <input type="checkbox"/> Criollo |
| ² <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense | ¹⁵ <input type="checkbox"/> Micronesio |
| ³ <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | ¹⁶ <input type="checkbox"/> Caroliniano |
| ⁴ <input type="checkbox"/> Indígena asiático | ¹⁷ <input type="checkbox"/> Palauano |
| ⁵ <input type="checkbox"/> Chino | ¹⁸ <input type="checkbox"/> Pohnpeiano |
| ⁶ <input type="checkbox"/> Filipino | ¹⁹ <input type="checkbox"/> Ruso |
| ⁷ <input type="checkbox"/> Japonés | ²⁰ <input type="checkbox"/> Yapés |
| ⁸ <input type="checkbox"/> Coreano | ²¹ <input type="checkbox"/> Chuukés |
| ⁹ <input type="checkbox"/> Vietnamita | ²² <input type="checkbox"/> Marshalés |
| ¹⁰ <input type="checkbox"/> Otro asiático, <i>favor especificar</i> | ²³ <input type="checkbox"/> Kosraeno |
| ¹¹ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | ²⁴ <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico, <i>favor especificar</i> |
| ¹² <input type="checkbox"/> Chamorro | ²⁵ <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| ¹³ <input type="checkbox"/> Samoano Estadounidense/Samoano | ²⁶ <input type="checkbox"/> Dominicano |
| | ²⁷ <input type="checkbox"/> Cubano |

A.29. ¿Cuál es el sexo del menor?

- ¹ Masculino
² Femenino

A.30. ¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.

Años (o) Meses

Si este menor tiene MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD, ir a A32.

A.31. Puerto Rico: ¿Cuán bien habla español este menor?

Todas las demás jurisdicciones: ¿Cuán bien habla inglés este menor?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 No bien
- 4 Nada en absoluto

A.32. ¿Necesita o usa este menor ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A33]

[Si respondió que sí] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A33]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1 Sí
- 2 No

A.33. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A34]

[Si respondió que sí] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A34]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1 Sí
- 2 No

A.34. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A35]

[Si respondió que sí] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a A35]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1 Sí
- 2 No

A.35. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- ¹ Sí
² No [Ir a A36]

[Si respondió que sí] ¿Esto se debe a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A36]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.36. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- ¹ Sí
² No [Ir a A37]

[Si respondió que sí] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

[If respondent has another child, continue with A37. Else continue with Section B.]

A.37. MENOR 4

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.38. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- ¹ No, no es de origen hispano, latino o español
² Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
³ Sí, puertorriqueño
⁴ Sí, cubano
⁵ Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A.39. ¿Cuál es la raza del menor? Marque todas las que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ¹ <input type="checkbox"/> Blanco | ¹¹ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| ² <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense | ¹² <input type="checkbox"/> Chamorro |
| ³ <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | ¹³ <input type="checkbox"/> Samoano Estadounidense/Samoano |
| ⁴ <input type="checkbox"/> Indígena asiático | ¹⁴ <input type="checkbox"/> Criollo |
| ⁵ <input type="checkbox"/> Chino | ¹⁵ <input type="checkbox"/> Micronesio |
| ⁶ <input type="checkbox"/> Filipino | ¹⁶ <input type="checkbox"/> Caroliniano |
| ⁷ <input type="checkbox"/> Japonés | ¹⁷ <input type="checkbox"/> Palauano |
| ⁸ <input type="checkbox"/> Coreano | ¹⁸ <input type="checkbox"/> Pohnpeiano |
| ⁹ <input type="checkbox"/> Vietnamita | ¹⁹ <input type="checkbox"/> Ruso |
| ¹⁰ <input type="checkbox"/> Otro asiático, <i>favor especificar</i> | ²⁰ <input type="checkbox"/> Yapés |
| <input type="text"/> | ²¹ <input type="checkbox"/> Chuukés |
| | ²² <input type="checkbox"/> Marshalés |

- 23 Kosraeno
24 Otras Islas del Pacífico, *favor*
especificar

- 25 Puertorriqueño
26 Dominicano
27 Cubano

A.40. ¿Cuál es el sexo del menor?

- 1 Masculino
2 Femenino

A.41. ¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.

Años (o) Meses

Si este menor tiene MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD, ir a A43.

A.42. Puerto Rico: ¿Cuán bien habla español este menor?

Todas las demás jurisdicciones: ¿Cuán bien habla inglés este menor?

- 1 Muy bien
2 Bien
3 No bien
4 Nada en absoluto

A.43. ¿Necesita o usa este menor ACTUALMENTE medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?

- 1 Sí
2 No [Ir a A44]

Si respondió que sí] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- 1 Sí
2 No [Ir a A44]

Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1 Sí
2 No

A.44. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

- 1 Sí
2 No [Ir a A45]

Si respondió que sí] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- 1 Sí
2 No [Ir a A45]

Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1 Sí
2 No

A.45. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- ¹ Sí
² No [Ir a A46]

[Si respondió que sí] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A46]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.46. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- ¹ Sí
² No [Ir a A47]

[Si respondió que sí] ¿Esto se debe a ALGUNA afección médica, del comportamiento u otro problema de salud?

- ¹ Sí
² No [Ir a A47]

[Si respondió que sí] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

A.47. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- ¹ Sí
² No [Ir a A48]

[Si respondió que sí] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- ¹ Sí
² No

[If there are no other children, continue to Section B.]

Si hay más de cuatro menores de 0-17 años que viven o permanecen en esa dirección habitualmente, indique la edad y el sexo de cada uno. No repita la información de menores ya incluidos en Menor 1 a Menor 4.

A.48. MENOR 5

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.49. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.50. ¿Cuál es el sexo del menor?

¹ Masculino

² Femenino

A.51. MENOR 6

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.52. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.53. ¿Cuál es el sexo del menor?

¹ Masculino

² Femenino

A.54. MENOR 7

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.55. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.56. ¿Cuál es el sexo del menor?

¹ Masculino

² Femenino

A.57. MENOR 8

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.58. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.59. ¿Cuál es el sexo del menor?

¹ Masculino

² Femenino

A.60. MENOR 9

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.61. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.62. ¿Cuál es el sexo del menor?

- 1 Masculino
2 Femenino

A.63. MENOR 10

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A.64. ¿Cuántos años tiene este menor?

Años (o) Meses

A.65. ¿Cuál es el sexo del menor?

- 1 Masculino
2 Femenino

Section B. La salud de este menor

Tenemos algunas preguntas de seguimiento para hacer acerca de [ESPECIFICAR QUÉ MENOR]. Estas preguntas recolectarán información más detallada sobre diversos aspectos de la salud del menor, incluyendo su estado de salud, visitas a proveedores médicos, costos de atención médica y cobertura de seguro de salud. Hemos elegido solo un menor por hogar a fin de minimizar la cantidad de tiempo necesaria para completar las preguntas de seguimiento.

A.66. En general, ¿cómo describiría la salud de este menor?

- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular
5 Mala
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.67. ¿Cómo describiría el estado de los dientes de este menor?

- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular
5 Mala
6 El menor no tiene dientes
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.68. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tenido este menor dificultad FRECUENTE o CRÓNICA con alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
B3a. Respirar u otros problemas respiratorios (tales como sibilancia o falta de aire)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3b. Comer o tragar debido a una afección médica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3c. Digerir los alimentos, incluyendo problemas estomacales/intestinales, constipación o diarrea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3d. Dolor físico repetido o crónico, incluyendo dolores de cabeza u otros dolores de espalda o corporales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3e. Uso de sus manos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3f. Coordinación o movimiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3g. Dolores de muelas/dientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3h. Sangrado de encías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3i. Dientes cariados o deteriorados	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3j. Infecciones de oído	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.69. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿Tiene este menor alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
B4a. Sordera o problemas de audición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B4b. Ceguera o problemas de la visión, incluso al llevar puestas gafas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.70. ¿El médico u otro proveedor médico ALGUNA VEZ le ha dicho que el menor tiene alguno de los siguientes? De ser así, ¿tiene el menor esa afección ACTUALMENTE?

	¿Alguna vez?	¿Actualmente?	No sé	Prefiero no responder
B5a. Asma	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5b. Diabetes	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5c. Síndrome de Down	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5d. Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migraña	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5e. Lesión cerebral, conmoción cerebral o lesión de la cabeza	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5f. Ansiedad	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5g. Depresión	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5h. Autismo, ASD, Trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas in inglés), trastorno de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo (PDD, por sus siglas en inglés)	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5i. Trastorno por Déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés) o Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5j. Retraso en el desarrollo	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5k. Problemas del comportamiento o de conducta	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5l. Discapacidad intelectual (también conocida como retraso mental)	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5m. Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5n. Discapacidad de aprendizaje	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>
B5o. Otra afección de salud mental	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	¹ <input type="checkbox"/> Yes ² <input type="checkbox"/> No	⁷⁷ <input type="checkbox"/>	⁹⁹ <input type="checkbox"/>

A.71. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los problemas o afecciones de salud del menor afectaron su capacidad de hacer cosas que otros niños de su edad hacen?

- 1 Este menor no tiene afecciones médicas [Ir a B8]
- 2 Nunca [Ir a B8]
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.72. ¿En qué medida los problemas de salud o afecciones médicas del menor afectan su capacidad para hacer cosas?

- 1 Muy poco
- 2 Un poco
- 3 Muchísimo
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.73. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

¿Un médico u otro proveedor médico ALGUNA VEZ le ha dicho que este menor tiene un Trastorno de abuso de sustancias? *El trastorno de abuso de sustancias se produce cuando el consumo frecuente o continuo de alcohol y/o drogas ha causado problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de importantes responsabilidades en la escuela, el trabajo o el hogar.*

- 1 Sí
- 2 No [Ir a B9]
- 77 No sé [Ir a B9]
- 99 Prefiero no responder [Ir a B9]

[Si respondió que sí] ¿tiene el menor esa afección ACTUALMENTE?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a B9]
- 77 No sé [Ir a B9]
- 99 Prefiero no responder [Ir a B9]

[Si respondió que sí] es:

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Grave
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.74. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

¿Tiene este menor alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
B9a. Gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9b. Gran dificultad para caminar o subir escaleras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9c. Dificultad para vestirse o bañarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9d. Dificultad para hacer mandados solo como, por ejemplo, visitar un consultorio médico o hacer compras, debido a una afección física, mental o emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9e. Sordera o problemas de audición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9f. Ceguera o problemas de la visión, incluso al llevar puestas gafas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.75. ¿Un médico u otro proveedor médico alguna vez le ha dicho que el menor tuvo...

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
B10a. enfermedad cardíaca reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B10b. fiebre reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B10c. impétigo (u otras infecciones de la piel)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

[Si respondió que sí a enfermedad cardíaca o fiebre reumáticas]

¿Toma algún medicamento para esta afección?

- 1 Sí
- 2 Sí
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Si respondió que sí] ¿Toma medicamentos orales (píldoras) o recibe una inyección?

- 1 Medicamentos orales (píldoras) [Ir a B11]
- 2 Inyección [Ir a B11]

[Si respondió que no] ¿Por qué no? Marque todas las que correspondan.

- 1 No puedo hacer frente al costo.
- 2 No tengo transporte.
- 3 Nadie puede llevar a mi hijo(a) al hospital.
- 4 No es importante
- 5 Otra razón: *favor especificar*

77
99 Prefiero no responder

A.76. ¿Un médico u otro proveedor médico alguna vez le ha dicho que este menor tuvo problemas en la sangre, como leucemia, anemia o la enfermedad de células falciformes? Favor no incluir Rasgo drepanocítico.

[Leer, si fuera necesario]: Los niños con anemia tienen problemas con la sangre que pueden hacer que se sientan muy cansados.

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Ahora le haré algunas preguntas sobre la prevención de lesiones para su hijo(a).

A.77. ¿Usted o algún otro adulto en la vida de su hijo(a) ha conversado con él/ella acerca de evitar la violencia o prevenir las lesiones?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.78. ¿En algún momento habla con su hijo(a) acerca de los peligros de jugar en la carretera, treparse a árboles y nadar en el océano?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.79. ¿Acompaña a su hijo(a) en actividades al aire libre como nadar o jugar?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.80. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

Quando su hijo(a) pasea en bicicleta, ¿con qué frecuencia usa casco?

- 1 Mi hijo(a) no anda en bicicleta
- 2 Nunca usa casco
- 3 Raramente usa casco
- 4 A veces usa casco
- 5 Usa casco la mayoría de las veces
- 6 Siempre usa casco
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.81. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-11 YEARS OLD]

¿Con qué frecuencia su hijo(a) viaja en el asiento de seguridad para niños o asiento elevado (booster)?

- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 A veces
4 Rara vez
5 Nunca [Si el menor tiene 0-11 años, ir a B18]
6 Mi hijo no anda en automóviles [si el menor tiene 0-11 años, ir a B18]
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.82. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-11 YEARS OLD]

¿Dónde está ubicado el asiento de seguridad de su hijo(a) en su automóvil?

- 1 Pasajero delantero
2 Detrás del pasajero delantero
3 Detrás del conductor
4 Medio del asiento trasero
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.83. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿Las vacunas de su hijo(a) están al día?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

Section C. Este niño, cuando era bebé

A.84. ¿Nació el niño más de 3 semanas antes de la fecha prevista para el parto?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.85. ¿Cuánto pesó al nacer? Conteste en libras y onzas O kilogramos y gramos. Indique su mejor estimación.

libras Y onzas
 kilogramos Y gramos

- 77 No sé
99 Prefiero no responder

A.86. ¿Cuántos años tenía usted cuando nació este niño?

Años

A.87. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD, ELSE GO TO I3]

¿En qué posición suele poner al bebé a dormir ahora?

- 1 De costado
2 Boca arriba
3 Boca abajo
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.88. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD. ELSE GO TO SECTION D]

¿Este niño ALGUNA VEZ fue amamantado o tomó leche materna?

- 1 Sí
2 No [Ir a C6]
77 No sé [Ir a C6]
99 Prefiero no responder [Ir a C6]

[Si respondió que sí] ¿qué edad tenía el/la niño(a) cuando dejó de mamar o tomar leche materna POR COMPLETO?

días (o)

semanas (o)

meses (o)

años

El niño/la niña aún toma leche materna

- 77 No sé
99 Prefiero no responder

A.89. ¿Cuántos años tenía el/la niño(a) cuando ingirió POR PRIMERA VEZ algo que no fuera leche materna o fórmula? Incluir jugo, leche de vaca, agua con azúcar, alimento para bebés o cualquier otra cosa que se le pueda haber dado, incluyendo agua.

días (o) semanas (o) meses

al nacer

Marque esta casilla si el bebé nunca ingirió nada que no fuera leche materna o

fórmula

- 77 No sé
99 Prefiero no responder

Section D. Servicios de atención médica

A.90. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿visitó este menor a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para el cuidado de niño enfermo, chequeos para el niño sano, exámenes físicos, hospitalizaciones o cualquier otro tipo de atención médica?

- ¹ Sí
² No [Ir a D2]
⁷⁷ No sé [Ir a D2]
⁹⁹ Prefiero no responder [Ir a D2]

[Si respondió que sí] DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces visitó este menor a un médico, enfermero u otro profesional del cuidado de la salud para un chequeo PREVENTIVO? El chequeo preventivo es cuando el niño no está enfermo o lesionado, tal como un chequeo físico anual o para deporte, o una visita estando sano.

- ¹ 0 visitas
² 1 visita
³ 2 visitas o más
⁷⁷ No sé
⁹⁹ Prefiero no responder

A.91. ¿Está preocupado por el peso de este niño?

- ¹ Sí, pesa demasiado
² Sí, pesa demasiado poco
³ No, no estoy preocupado(a)
⁷⁷ No sé
⁹⁹ Prefiero no responder

A.92. ¿Cuál es la altura (o el largo) ACTUAL del niño? Indique su mejor estimación.

- pies Y pulgadas
 metro Y centímetros
⁷⁷ No sé
⁹⁹ Prefiero no responder

A.93. ¿Cuánto pesa ACTUALMENTE este niño? Indique su mejor estimación.

- libras Y onzas
 kilogramos Y gramos
⁷⁷ No sé
⁹⁹ Prefiero no responder

A.94. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿los médicos u otros proveedores médicos del menor le preguntaron si le preocupa el aprendizaje, desarrollo o comportamiento de este menor?

- ¹ Sí
- ² No
- ⁷⁷ No sé
- ⁹⁹ Prefiero no responder

A.95. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

[If this child is YOUNGER THAN 9 MONTHS, GO TO D7].

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿un médico u otro proveedor médico le pidió que usted u otro cuidador llenaran un cuestionario sobre inquietudes específicas u observaciones que usted pueda tener sobre el desarrollo, la comunicación o los comportamientos sociales de este menor? A veces, el médico del niño u otro proveedor médico le pide a uno de los padres que haga esto en su casa o durante una visita del niño.

- ¹ Sí
- ² No [Ir a D7]
- ⁷⁷ No sé [Ir a D7]
- ⁹⁹ Prefiero no responder [Ir a D7]

[If this child is 9-23 Months]

¿Preguntaba el cuestionario sobre sus inquietudes u observaciones acerca de: *Marque todas las que correspondan.*

- ¹ cómo habla el menor o como hace sonidos del habla?
- ² cómo este menor interactúa con usted y con los demás?
- ⁷⁷ No sé
- ⁹⁹ Prefiero no responder

[If this child is 2-5 Years]

¿Preguntaba el cuestionario sobre sus inquietudes u observaciones acerca de: *Marque todas las que correspondan.*

- ¹ palabras y frases que este niño utiliza y entiende?
- ² cómo este menor se comporta y cómo se lleva con usted y los demás?
- ⁷⁷ No sé
- ⁹⁹ Prefiero no responder

A.96. ¿Hay algún lugar al que este menor GENERALMENTE va cuando está enfermo(a) o usted u otro cuidador necesitan consejos sobre su salud?

- ¹ Sí
- ² No [Ir a D8]
- ⁷⁷ No sé
- ⁹⁹ Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿A dónde va este menor GENERALMENTE?

- ¹ Consultorio médico
- ² Sala de emergencias del hospital
- ³ Departamento ambulatorio
- ⁴ Clínica o centro de salud
- ⁵ Escuela (consultorio del enfermero, oficina del entrenador atlético)
- ⁶ Dispensario del pueblo
- ⁷ Otro lugar; *favor especificar*

- ⁷⁷
- ⁹⁹ Prefiero no responder

A.97. ¿Hay algún lugar al que este menor GENERALMENTE va cuando necesita atención preventiva de rutina, como un examen físico o un chequeo del niño sano?

- 1 Sí
2 No [Si el menor tiene 0-5 años, ir a D9; si tiene 6-17 años, ir a D10]
77 No sé
99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿es el mismo lugar al que va cuando está enfermo(a)?

- 1 Sí
2 No

A.98. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿EN ALGÚN MOMENTO le han realizado al menor una prueba de la visión?

- 1 Sí
2 No [Ir a D10]
77 No sé
99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿En qué tipo de lugar o lugares le realizaron la prueba de visión a este menor? Marque todas las que correspondan.

- 1 Consultorio del oculista o especialista de la visión (oftalmólogo, optometrista)
2 Consultorio del pediatra u otro médico general
3 Clínica o centro de salud
4 Escuela
5 Otro lugar; *favor especificar*

A.99. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿visito este menor a un dentista u otro proveedor de cuidado oral para algún tipo de atención dental u oral?

- 1 Sí, visitó a un dentista
2 Sí, visitó a otro proveedor de la salud oral
3 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.100. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido este menor tratamiento o asesoría de un profesional de la salud mental? Los profesionales de la salud mental incluyen a psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales clínicos y consejeros escolares.

- 1 Sí
2 No, pero este menor necesitaba ver a un profesional de la salud mental
3 No, este menor no necesitaba ver a un profesional de la salud mental
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.101. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usó este menor algún tipo de atención médica o tratamiento alternativos? La atención alternativa puede incluir acupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, suplementos herbales y otros. Algunas terapias incluyen visitar a un proveedor médico, mientras otras pueden realizarse por cuenta propia.

- 1 Sí

- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.102. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo algún momento en que este menor necesitó cuidado de la salud pero no lo recibió o el mismo no estaba disponible? Con cuidado de la salud, nos referimos a atención médica así como otros tipos de cuidados como atención dental, atención de la visión y servicios de salud mental.

- 1 Sí
- 2 No [Ir a D15]
- 77 No sé [Ir a D15]
- 99 Prefiero no responder [Ir a D15]

[Si respondió que sí] ¿qué tipos de atención no fueron recibidos o no estaban disponibles? Marque todas las que correspondan.

- 1 Atención médica
- 2 Atención dental
- 3 Atención de la visión
- 4 Atención auditiva
- 5 Servicios de salud mental
- 6 Otro tipo; *favor especificar*

A.103. ¿Cuáles de los siguientes contribuyeron para que este menor no recibiera servicios de salud necesarios:

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
D14a. ¿Este menor no era elegible para los servicios?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D14b. ¿Los servicios que este menor necesitaba no estaban disponibles en su área?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D14c. ¿Hubo problemas para conseguir una cita cuando el menor la necesitó?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D14d. ¿Hubo problemas para conseguir transporte o el cuidado infantil?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D14e. ¿El consultorio (del médico/de la clínica) no estaba abierto cuando este menor necesitó atención?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D14f. ¿Hubo problemas relacionadas con el costo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.104. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces visitó este menor una sala de emergencias de un hospital?

- 1 0 visitas
- 2 1 visita
- 3 2 visitas o más
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Section E. Experiencia con los proveedores médicos de este menor

A.105. ¿Hay una o más personas que usted considere el médico o enfermero(a) personal de este menor? Un médico o enfermero(a) personal es un profesional médico que conoce bien al menor y está familiarizado con su historial de salud. Puede ser un médico general, un pediatra, un médico especialista, un(a) enfermero(a) practicante o un asistente de médico.

- 1 Sí, una persona
 2 Sí, más de una persona
 3 No

A.106. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este menor una remisión para algún médico o para algún servicio?

- 1 Sí
 2 No [Ir a E3]
 7 No sé
 99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿cuán difícil fue conseguir las remisiones?

- 1 No fue difícil
 2 Un poco difícil
 3 Muy difícil

[Answer the following questions only if this child had a health care visit IN THE PAST 12 MONTHS. Otherwise, go to E4.]

A.107. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores médicos del menor:

	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca	No sé	Prefiero no responder
E3a. dedicaron suficiente tiempo a este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3b. escucharon atentamente lo que usted tenía para decir?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3c. demostraron ser sensibles a los valores y las costumbres de su familia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3d. proporcionaron información específica que usted necesitaba sobre este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3e. hicieron que se sintiera participe del cuidado de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.108. ¿Alguien le ayuda a realizar arreglos para o coordinar la atención de este menor por parte de los diferentes médicos o servicios que utiliza?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No visitó a más de un proveedor médico en los ÚLTIMOS 12 MESES [Ir a E7]

A.109. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿sintió que hubiera necesitado ayuda adicional para realizar arreglos para o coordinar la atención de este menor por parte de los diferentes médicos o servicios que utiliza?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a E6]

[Si respondió que sí] DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia obtuvo toda la ayuda que quería para realizar arreglos para o coordinar la atención médica de este menor?

- 1 Generalmente
- 2 A veces
- 3 Nunca

A.110. En general, ¿cuán satisfecho(a) está usted con la comunicación entre los médicos y otros proveedores médicos de este menor?

- 1 Muy satisfecho(a)
- 2 Un poco satisfecho(a)
- 3 Un poco insatisfecho(a)
- 4 Muy insatisfecho(a)
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.111. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]

¿Alguno de los médicos u otros proveedores médicos de este menor atiende solo a niños?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a E8]
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿han conversado con usted sobre en algún momento llevar al menor a ver a médicos u otros proveedores médicos que tratan a adultos?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.112. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]

¿El médico u otro proveedor médico de este menor ha trabajado activamente con este menor para:

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
E8a. pensar y planear para su futuro. Por ejemplo, tomarse el tiempo para discutir planes futuros relacionados con la educación, el trabajo, las relaciones y el desarrollo de habilidades para la vida independiente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8b. tomar decisiones positivas sobre su salud. Por ejemplo, comer de manera saludable, hacer ejercicio con regularidad, no consumir tabaco, alcohol u otras drogas, o demorar la actividad sexual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8c. adquirir habilidades para manejar su salud y su atención médica. Por ejemplo, comprender las necesidades de salud actuales, saber qué hacer en una emergencia médica, o tomar medicamentos que necesite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8d. comprender los cambios en la atención médica que ocurren a la edad de 18 años. Por ejemplo, ¿al comprender los cambios en la privacidad, el consentimiento, el acceso a la información o la toma de decisiones?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.113. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]

¿Han trabajado con usted y con el menor los médicos u otros proveedores médicos en crear un plan escrito para cumplir sus metas de salud y necesidades?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a E10]
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] ¿Este plan identifica metas de salud específicas para este menor y cualquier necesidad o problema de salud que este menor pueda tener y cómo lograr satisfacer esas necesidades?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

¿Usted y este menor recibieron una copia escrita de este plan de atención?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

¿Este plan se encuentra EN ESTE MOMENTO actualizado para este menor?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.114. La elegibilidad para seguro de salud a menudo cambia en la adultez joven.

¿Sabe usted cómo se asegurará este menor al pasar a ser adulto?

- 1 Sí [Ir a F]
- 2 No

[Si respondió que no] ¿Alguien ha conversado con usted acerca de cómo obtener o conservar algún tipo de cobertura de seguro cuando el menor pase a ser adulto?

- 1 Sí
- 2 No

Section F. La cobertura de seguro de salud de este menor

A.115. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este menor tuvo EN ALGÚN MOMENTO cobertura de CUALQUIER tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?

- 1 Sí, este menor tuvo cobertura los 12 meses o, si tiene menos de 1 año de edad, desde su nacimiento [Ir a F4]
- 2 Sí, pero el menor tuvo una brecha en la cobertura
- 3 No

A.116. Indique si cada una de las siguientes opciones es una razón por la que este menor no tuvo cobertura de un seguro de salud DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	Sí	No
F2a. Cambio de empleador o condición laboral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2b. Cancelación debido a primas vencidas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2c. Se canceló la cobertura por no poder hacer frente al costo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2d. Se canceló la cobertura porque los beneficios eran insuficientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2e. Se canceló la cobertura porque la elección de proveedores médicos era inadecuada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2g. Otro motivo; favor especificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>		

A.117. ¿Este menor cuenta ACTUALMENTE con cobertura de ALGÚN tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?

- 1 Sí
 2 No [Ir a la Sección G]
 77 No sé [Ir a la Sección G]
 99 Prefiero no responder [Ir a la Sección G]

A.118. ¿Este menor cuenta con cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o plan de cobertura de salud?

	Sí	No
F4a. Seguro a través de un empleador anterior o actual o sindicato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4b. Seguro contratado directamente de una compañía de seguros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4c. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para personas con bajos ingresos o discapacidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4d. TRICARE u otra atención médica militar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4e. Servicio de Salud para Indígenas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4f. Otro tipo; favor especificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>		

A.119. ¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este menor ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen las necesidades de este menor?

- 1 Siempre
 2 Generalmente
 3 A veces
 4 Nunca
 77 No sé
 99 Prefiero no responder

A.120. ¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este menor le permite ver a los proveedores médicos que necesita?

- 1 Siempre
 2 Generalmente
 3 A veces
 4 Nunca
 77 No sé
 99 Prefiero no responder

Section G. El costo de la salud de este menor

A.121. Incluyendo copagos y sumas de Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA) y Cuentas de Ahorros Flexibles (FSA), ¿cuánto dinero pagó por la atención médica, de salud, dental y de visión de este menor DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? No incluya las primas de seguros de salud o costos que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente.

- 1 \$0 (No hubo gastos médicos o relacionados con la salud) [Ir a G4]
- 2 \$1-\$249
- 3 \$250-\$499
- 4 \$500-\$999
- 5 \$1,000-\$5,000
- 6 Más de \$5,000
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.122. ¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?

- 1 Siempre
- 2 Generalmente
- 3 A veces
- 4 Nunca
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.123. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿su familia tuvo dificultad para pagar por las cuentas médicas o de cuidado de la salud para este menor?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.124. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted u otros miembros de la familia:

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
G4a. dejaron de trabajar debido a la salud o las afecciones médicas de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4b. redujeron las horas que trabajan debido a la salud o las afecciones médicas de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4c. evitaron cambiar de trabajo debido a inquietudes acerca de mantener el seguro de salud para este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4d. recibieron ayuda de miembros de la familia extendida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.125. EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas usted u otros miembros de la familia dedican a proporcionar cuidado de la salud en el hogar para este menor? El cuidado podría incluir cambiar vendas o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.

- 1 Este menor no necesita cuidados de salud proporcionados semanalmente
- 2 Ni miembros de la familia ni yo proporcionamos cuidado de la salud en el hogar
- 3 Menos de 1 hora por semana
- 4 1-4 horas por semana
- 5 5-10 horas por semana
- 6 11 o más horas por semana
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.126. EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas usted u otros miembros de la familia dedican a realizar arreglos para, o coordinar cuidados de la salud o atención médica para este menor como, por ejemplo, programar citas o encontrar servicios?

- 1 Este menor no necesita cuidados de salud proporcionados semanalmente
- 2 Ni miembros de la familia ni yo proporcionamos cuidado de la salud en el hogar
- 3 Menos de 1 hora por semana
- 4 1-4 horas por semana
- 5 5-10 horas por semana
- 6 11 o más horas por semana
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Section H. El aprendizaje de este menor

A.127. EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿alrededor de cuánto tiempo pasa generalmente este menor delante de una TV viendo programas de televisión, videos o jugando video juegos?

- 1 Ningún tiempo
- 2 Menos de 1 hora
- 3 1 hora
- 4 2 horas
- 5 3 horas
- 6 4 o más horas
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.128. EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿alrededor de cuánto tiempo pasa generalmente este menor con computadoras, teléfonos celulares, video juegos portátiles y otros dispositivos electrónicos, haciendo cosas que no sean el trabajo escolar?

- 1 Ningún tiempo
- 2 Menos de 1 hora
- 3 1 hora
- 4 2 horas
- 5 3 horas
- 6 4 o más horas
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.129. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿Cuán bien está aprendiendo este menor a hacer cosas por sí mismo?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Regular
- 4 No está aprendiendo
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.130. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿Cuán tranquilo(a) está usted de que este menor tendrá éxito en la escuela primaria?

- 1 Muy tranquilo(a)
- 2 Mayormente tranquilo(a)
- 3 Un poco tranquilo(a)
- 4 Nada tranquilo(a)
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.131. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alrededor de cuántos días faltó el menor a la escuela debido a enfermedad o lesión?

- 1 No faltó a la escuela
- 2 1-3 días
- 3 4-6 días
- 4 7-10 días
- 5 11 o más días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.132. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces la escuela de este menor lo(a) ha contactado a usted u otro adulto en su hogar acerca de algún problema que tiene en la escuela?

- 1 Nunca
- 2 1 vez
- 3 2 o más veces
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.133. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

DESDE EL JARDÍN DE INFANTES, ¿ha repetido este menor algún grado?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.134. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántos días se ejercitó este menor, participó en un deporte o en actividad física durante al menos 60 minutos?

- 1 0 días
- 2 1-3 días
- 3 4-6 días
- 4 Todos los días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Section I. Acerca de usted y este menor

A.135. ¿Cuántas veces se ha mudado este menor a una dirección o lugar desde que nació?

- Número de veces
-
- 77 No sé
 - 99 Prefiero no responder

A.136. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

DURANTE LA SEMANA PASADA; ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este menor?

- 1 0 días
- 2 1-3 días
- 3 4-6 días
- 4 Todos los días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.137. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

DURANTE LA SEMANA PASADA; ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron cuentos o le cantaron canciones a este menor?

- 1 0 días
- 2 1-3 días
- 3 4-6 días
- 4 Todos los días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.138. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿El menor recibe cuidado durante por lo menos 10 horas semanales por parte de alguien que no sea su padre/madre o tutor? Podría ser un centro de cuidados diurnos, preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado infantil familiar, niñera, au pair o pariente.

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Section J. Acerca de su familia y su hogar

A.139. ¿Alguien que vive en su hogar consume cigarrillos, cigarros, tabaco de pica o masca nuez de betel?

- 1 Sí
2 No [Ir a J3]
77 No sé [Ir a J3]
99 Prefiero no responder [Ir a J3]

A.140. ¿Alguien fuma dentro de su casa?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.141. ¿Su hijo(a) ya ha mascado nuez de betel?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.142. ¿Conoce usted los efectos de mascar nuez de betel?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

Las próximas tres preguntas son sobre dinero.

A.143. DESDE QUE NACIÓ ESTE MENOR; ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil arreglárselas con los ingresos de su familia (dificultad para pagar por gastos básicos como alimentos o vivienda)?

- 1 Nunca
2 Raramente
3 Con cierta frecuencia
4 Muy frecuentemente
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.144. La próxima pregunta es acerca de si pudo hacer frente al costo de los alimentos que necesita. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la situación alimenticia en su hogar EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- 1 Siempre pudimos hacer frente al costo de comidas nutritivas.
2 Siempre pudimos tener suficiente para comer, pero no siempre los tipos de alimentos que deberíamos ingerir.
3 A veces no tuvimos dinero para comprar suficiente para comer.
4 Con frecuencia no tuvimos dinero para comprar suficiente para comer.
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.145. En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aunque sea por un mes, ¿alguna persona de su familia recibió:

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
J7a. asistencia en dinero en efectivo de un programa de bienestar del gobierno?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
J7b. cupones de alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Complementario (SNAP)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
J7c. desayunos o almuerzos gratis o a precio reducido en la escuela?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
J7d. beneficios del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

Section K. Acerca de usted

[Complete the questions for each of the two adults in the household who are this child's primary caregivers. If there is just one adult, provide answers for that adult.]

A.146. Adulto 1

¿Cuál es su relación con este menor?

- 1 Padrastro/madrastra
- 2 Abuelo(a)
- 3 Padre/madre de acogida
- 4 Tío o tía
- 5 Otro: Pariente
- 6 Otro: No es pariente

A.147. ¿Cuál es su sexo?

- 1 Masculino
- 2 Femenino

A.148. ¿Cuál es su edad?

Edad en años

A.149. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó? Marque solamente UNO.

- 1 8° grado o menos
- 2 9° a 12° grado; sin diploma
- 3 Graduado de la escuela secundaria o GED completo
- 4 Completó un programa escolar vocacional, comercial o de negocios
- 5 Algunos créditos universitarios, pero sin diploma
- 6 Diploma de Asociado (AA, AS)
- 7 Diploma de Grado (BA, BS, AB)
- 8 Diploma de Máster (MA, MS, MSW, MBA)
- 9 Doctorado (PhD, EdD) o Diploma Profesional (MD, DDS, DVM, JD)

A.150. ¿Cuál es su estado civil?

- 1 Casado [Ir a K7]
- 2 Nunca me casé
- 3 Divorciado(a)
- 4 Separado(a)
- 5 Viudo(a)
- 99 Prefiero no responder [Ir a K7]

A.151. ¿Vive actualmente con su pareja?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 Prefiero no responder

A.152. In general, ¿cómo es su salud física?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.153. En general, ¿cómo es su salud mental o emocional?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.154. ¿Estuvo empleado(a) por lo menos 50 de las últimas 52 semanas?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.155. ¿Hay otro adulto en este hogar que sea cuidador o tutor de este menor?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a la Sección L]
- 99 Prefiero no responder [Ir a la Sección L]

Nos referiremos a este otro cuidador o tutor ahora como el Adulto 2.

A.156. ¿Cuál es la relación del Adulto 2 con este menor?

- 1 Padre/madre biológico(a) o adoptivo(a)
- 2 Padrastro/madrastra
- 3 Abuelo(a)
- 4 Padre/madre de acogida
- 5 Tío o tía
- 6 Otro: Pariente
- 7 Otro: No es pariente

A.157. ¿Cuál es el sexo del Adulto 2?

- 1 Masculino
2 Femenino

A.158. ¿Cuál es la edad del Adulto 2?

Edad en años

**A.159. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó el Adulto 2?
Marque solamente UNO.**

- 1 8° grado o menos
2 9° a 12° grado; sin diploma
3 Graduado de la escuela secundaria o GED completo
4 Completó un programa escolar vocacional, comercial o de negocios
5 Algunos créditos universitarios, pero sin diploma
6 Diploma de Asociado (AA, AS)
7 Diploma de Grado (BA, BS, AB)
8 Diploma de Máster (MA, MS, MSW, MBA)
9 Doctorado (PhD, EdD) o Diploma Profesional (MD, DDS, DVM, JD)

A.160. ¿Cuál es el estado civil del Adulto 2?

- 1 Casado [Ir a K17]
2 Nunca se casó
3 Divorciado(a)
4 Separado(a)
5 Viudo(a)
99 Prefiero no responder

A.161. ¿El Adulto 2 vive actualmente con su pareja?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.162. In general, ¿cómo es la salud física del Adulto 2?

- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular
5 Mala
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.163. En general, ¿cómo es la salud mental o emocional del Adulto 2?

- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular
5 Mala
77 No sé
6 Prefiero no responder

A.164. ¿Estuvo empleado(a) el Adulto 2 por lo menos 50 de las últimas 52 semanas?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

Section L. Su salud

A.1. Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o afección específicas. ¿Cuánto fue su visita más reciente a un médico para un chequeo de rutina?

- 1 El año pasado (en algún momento en los 12 últimos meses)
2 En los últimos 2 años (más de 1 año, pero menos de 2 años)
3 En los últimos 5 años (más de 2 años, pero menos de 5 años)
4 5 o más años
5 Nunca
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.2. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido algún tratamiento o asesoría de un profesional de la salud mental? Los profesionales de la salud mental incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales clínicos.

- 1 Sí
2 No, pero necesitaba ver a un profesional de la salud mental
3 No, no necesitaba ver a un profesional de la salud mental [Ir a L4]
77 No sé [Ir a L4]
99 Prefiero no responder [Ir a L4]

A.3. ¿Cuán difícil fue conseguir el tratamiento o la asesoría de salud mental que necesitaba?

- 1 No fue difícil
2 Un poco difícil
3 Muy difícil

A.4. Durante su embarazo más reciente, ¿un dentista o higienista dental le realizó una limpieza dental?

- 1 Sí
2 No
77 No sé
99 Prefiero no responder

A.5. ¿Quién toma las decisiones de cuidado de su salud?

- 1 Usted
2 Su cónyuge
3 Usted y su cónyuge/pareja juntos
4 Sus padres
5 Otra persona; *favor especificar*

- 77
99 Prefiero no responder

A.6. ¿Quién toma las decisiones de cuidado de la salud de su(s) hijo(s)?

- 1 Usted
- 2 Su cónyuge
- 3 Usted y su cónyuge/pareja juntos
- 4 Sus padres
- 5 Otra persona; *favor especificar*

77

- 99 Prefiero no responder

Las próximas preguntas son sobre el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas.

A.7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?

- 1 0 días
- 2 1 o 2 días
- 3 3 a 5 días
- 4 6 a 9 días
- 5 10 a 19 días
- 6 20 a 29 días
- 7 Los 30 días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.8. ¿Toma bebidas alcohólicas, incluyendo bebidas que fabrica en su casa?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.9. Durante su tiempo de vida, ¿alguna vez consumió alguno de los siguientes:

	Sí	No	No sé	Prefiero no responder
L9a. Nuez de betel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9b. Vaporizador o cigarrillo electrónico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9c. Funta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9d. Marihuana (también llamada grass, pot, weed o reefer)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9e. Cocaína, incluyendo el polvo, crack o pasta base	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9f. Heroína (también llamada smack, junk o China White)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9g. Metanfetaminas (también llamadas speed, crystal, crank o ice)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9h. Éxtasis (también llamado MDMA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9i. Marihuana sintética (también llamada K2, Spice, fake weed, King Kong, Yucatan Fire, Skunk o Moon Rocks)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9j. Píldoras o inyecciones de esteroides sin receta médica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9k. Analgésicos de venta con receta, sin receta médica o no como el médico le dijo que los tomara? (Cuenta medicamentos como codeína, Vicodin, OxyContin, Hidrocodona y Percocet)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

[If respondent never chewed betel nut, go to L11.]

A.10. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días mascó nuez de betel?

- 1 0 días
- 2 1 o 2 días
- 3 3 a 5 días
- 4 6 a 9 días
- 5 10 a 19 días
- 6 20 a 29 días
- 7 Los 30 días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

L.2. ¿Recibió una remisión para, o recibió alguna forma de intervención/asesoría/tratamiento para problemas de abuso de sustancias?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.11. ¿Su médico un profesional médico le ha dicho que tiene diabetes del tipo 1 o tipo 2?

- 1 Diabetes del tipo 1
- 2 Diabetes del tipo 2
- 3 Ninguna [Ir a L14]
- 77 No sé [Ir a L14]
- 99 Prefiero no responder [Ir a L14]

A.12. ¿Toma medicación para esto?

- 1 Insulina
- 2 Píldoras
- 3 Insulina y píldoras
- 4 No tomo medicación
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.13. ¿Un médico u otro proveedor médico ALGUNA VEZ le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes afecciones...?

	SÍ	NO	No sé	Prefiero no responder
L14a. enfermedad cardíaca reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L14b. fiebre reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L14c. Cáncer cervical	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L14d. Anemia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.14. ¿Cómo describe su peso?

- 1 Con peso bajísimo
- 2 Peso un poco bajo
- 3 Alrededor del peso ideal
- 4 Ligeramente sobrepeso
- 5 Gran sobrepeso

A.15. ¿Cuál de los siguientes está intentando hacer con respecto a su peso?

- 1 Perder peso
- 2 Aumentar de peso
- 3 Mantener el mismo peso
- 4 No estoy intentando hacer nada con respecto a mi peso

A.16. En los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo físicamente activo(a) durante un total de por lo menos 60 minutos por día? Sume todo el tiempo que dedicó a algún tipo de actividad física que haya incrementado su ritmo cardíaco y haya agitado su respiración parte del tiempo.

- 1 0 días
- 2 1 día
- 3 2 días
- 4 3 días
- 5 4 días
- 6 5 días
- 7 6 días
- 8 7 días
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.17. Nos gustaría confirmar, ¿tiene usted un bebé de 12 meses de edad o menos y/o está usted embarazada actualmente?

- 1 Tengo un bebé de 12 meses o menos y no estoy embarazada actualmente
- 2 Tengo un bebé pequeño y actualmente estoy embarazada
- 3 Estoy embarazada actualmente, pero no tengo otro bebé [Ir a Sección M]
- 4 No [Ir a M]
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.18. Las próximas preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que se propaga mayormente por la picadura de un mosquito, pero que también puede propagarse al tener relaciones sexuales con un hombre que tiene el virus del Zika.

Durante su más reciente embarazo, ¿cuán preocupada estuvo acerca de infectarse con el virus del Zika? Marque UNA respuesta.

- 1 Muy preocupada
- 2 Un poco preocupada
- 3 Nada preocupada
- 4 Nunca había oído acerca del virus del Zika en mi último embarazo
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.19. En algún momento durante su último embarazo, ¿habló con un médico, enfermero u otro trabajador sanitario acerca del virus del Zika?

- 1 No
- 2 Sí, un trabajador sanitario habló conmigo sin que yo preguntara al respecto
- 3 Sí, un trabajador sanitario habló conmigo, pero solo DESPUÉS de que pregunté al respecto
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.20. Durante su último embarazo, ¿le realizaron un análisis de sangre para detección del virus del Zika?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a L23]
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

A.21. ¿Se le diagnosticó Zika durante su último embarazo?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a M1]
- 77 No sé [Ir a M1]
- 99 Prefiero no responder [Ir a M1]

[Si respondió que sí] ¿qué hijo(a) esperaba?

Las próximas preguntas son sobre viajes durante su último embarazo.

A.22. Durante su último embarazo, ¿viajó a áreas con el virus del Zika?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

[Si respondió que sí] Durante su último embarazo, ¿conocía las recomendaciones de que las mujeres embarazadas deben evitar viajar a áreas con el virus del Zika?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

[Si respondió que no] Durante su último embarazo, ¿evitó viajar a áreas con el virus del Zika debido a recomendaciones de que las mujeres embarazadas deben evitar viajar a dichas áreas?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No sé
- 99 Prefiero no responder

Section M. Información del hogar

A.23. ¿Cuántas personas viven o permanecen en esta dirección? *Incluya a todas las personas que habitualmente viven o permanecen en esta dirección. NO incluya a ninguna persona que viva en otro lugar hace durante más de dos meses, como un estudiante universitario que vive lejos o una persona de las Fuerzas Armadas que ha sido destacada.*

Número de personas

⁷⁷ No sé

⁹⁹ Prefiero no responder

A.24. ¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de la familia? *Se define a familia como cualquier persona relacionada con este menor por sangre, casamiento, adopción o por medio de cuidado de acogida.*

Número de personas

⁷⁷ No sé

⁹⁹ Prefiero no responder

A.25. Ahora preguntaremos sobre los ingresos de su familia EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO (1 de enero - 31 de diciembre de 2017) Por cada tipo de ingreso, mencione si su familia lo recibió y luego indique su mejor estimación de la SUMA TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO.

	SÍ	NO	Si respondió que sí, suma total recibida	No sé	Prefiero no responder
M3a. ¿Sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
M3b. ¿Ingresos de trabajo por cuenta propia de empresas no agrícolas propias o empresa agrícola, incluyendo propiedades individuales y sociedades?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
M3c. ¿Intereses, dividendos, ingresos netos de alquileres, ingresos de regalías o ingresos de sucesiones y fideicomisos?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
M3d. ¿Jubilación del seguro social o ferroviaria; pensiones jubilatorias, de supervivencia o por discapacidad?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
M3e. ¿Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); cualquier pago de asistencia pública o bienestar de la oficina de bienestar estatal o local?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
M3f. ¿Cualquier otra fuente de ingresos recibidos con regularidad, tales como pagos a Veteranos (VA), pago por desempleo, manutención de hijos o alimentos para cónyuge?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

A.26. La siguiente pregunta es acerca de su ingreso y es muy importante. Piense en sus ingresos familiares combinados totales en 2017 para todos los miembros de la familia. ¿Cuál es dicha suma antes de impuestos? *Incluya dinero de trabajos, manutención de hijos, seguro social, ingresos jubilatorios, pagos de desempleo, asistencia pública, etc. También incluya ingresos de intereses, dividendos, ingresos netos de una empresa, granja o alquiler y cualquier otro ingreso monetario recibido.*

Suma total (\$)

⁷⁷ No sé

⁹⁹ Prefiero no responder

Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., deseamos agradecerle por su tiempo y esfuerzo dedicados a compartir información sobre este menor, usted y su familia.

Sus respuestas son importantes para nosotros y ayudarán a investigadores, formuladores de políticas y defensores de familia a comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de niños de nuestra población diversificada.