

Islas Vírgenes de EE.UU.

Empezaré por hacer algunas preguntas acerca de la salud de su hijo/a.

VI1.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visitado este menor a un especialista que no sea un profesional de la salud mental? Los especialistas son médicos como cirujanos, doctores del corazón, doctores de la alergia, doctores de la piel y otros que se especializan en un área de la atención médica.

- 1 Sí
- 2 No, pero este menor necesitaba ver a un especialista
- 3 No, este menor no necesitaba ver a un especialista
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

VI2.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]

¿Utiliza usted actualmente algún servicio de apoyo familiar ofrecido por el estado en conexión con la necesidad de cuidado de la salud especial de su hijo/a?

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

VI3.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-11 or 12-17 YEARS OLD]

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿un médico u otro proveedor médico lo(a) asesoró a usted, a otro cuidador o al menor con respecto a la actividad física?

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

VI4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia vio frustrados sus esfuerzos por obtener servicios para este menor?

- 1 Nunca
- 3 A veces
- 4 Generalmente
- 5 Siempre
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

VI5. ¿EN ALGÚN MOMENTO, ha recibido este menor servicios especiales para sus necesidades de desarrollo, tales como terapia del habla, terapia ocupacional o conductual?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a VI10]
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

VI6.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]

¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Intervención Temprana? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Servicios Familiares Individualizado.

Se define a los Servicios de Intervención como: capacitación familiar, asesoría y visitas al hogar; servicios médicos; medicina; enfermería; nutrición; terapia ocupacional; fisioterapia; servicios psicológicos; servicio de coordinación de servicios; servicios de trabajo social; instrucción especial; terapia del habla-lenguaje; dispositivos de transporte, comunicación o movilidad; y servicios de la visión y auditivos.

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

VI7.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]

¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Educación Especial? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Educación Individualizado.

La Educación Especial es cualquier tipo de escuela, clases o tutoría especiales.

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

[If reported in core that child has Autism, ASD, Asperger's Disorder, or PDD, continue to VI8. Else go to VI9.]

VI8. ¿Qué edad tenía este menor cuando un médico u otro proveedor médico le dijo INICIALMENTE que tenía Autismo, ASD, trastorno de Asperger o PDD?

Edad en años

- 1 No tengo un especialista en salud
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]

Las siguientes preguntas son sobre la atención médica que usted recibió ANTES de su último embarazo.

VI9. Antes de quedar embarazada, ¿un médico, enfermero(a) u otro trabajador de la salud habló con usted acerca de lo que se enumera a continuación sobre la preparación para el embarazo? Por favor, solo considere conversaciones y no lectura de materiales o videos. Para cada ítem, marcar NO si nadie habló al respecto con usted o Sí si lo hicieron.

	SÍ	NO	No sé	Prefiero No Responder
VI9a. Tener mis vacunas actualizadas antes del embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9b. Visitar a un dentista o higienista dental antes del embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9c. Obtener asesoría para cualquier enfermedad genética que haya en la familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9d. Obtener asesoría o tratamiento para la depresión o ansiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9e. La seguridad del uso de medicamentos recetados o de venta libre durante el embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9f. Cómo fumar durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9g. Cómo beber alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9h. Cómo el consumo de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]

Las siguientes preguntas son sobre la atención médica que usted recibió DURANTE su último (o actual) embarazo.

VI10. ¿Recibió atención prenatal durante este último embarazo (o embarazo actual)? La atención prenatal es suministrada por un proveedor médico e incluye un examen, control de peso y proporcionar una muestra de orina. Dependiendo de la etapa del embarazo, los proveedores médicos también podrían realizar análisis de sangre y estudios de imágenes, tales como ecografías. Estas visitas también incluyen conversaciones sobre la salud de la madre, la salud del bebé y preguntas sobre el embarazo.

- 1 Sí
- 2 No [Ir a VI12]
- 1 No sé [Ir a VI12]
- 1 Prefiero no responder [Ir a VI12]

VI11. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND BIOLOGICAL MOTHER]

Durante su último embarazo, ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando tuvo su primera visita de atención prenatal?

weeks (or) months

- 1 No sé [Ir a VI12]
- 1 Prefiero no responder [Ir a VI12]

VI12. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]

Durante su último embarazo, ¿participó usted en el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños de WIC?

- 1 Sí
- 2 No [Ir a VI13]
- 1 No sé [Ir a VI13]
- 1 Prefiero no responder [Ir a VI13]

→ **[Si respondió que sí] Durante su último embarazo, cuando fue a sus visitas de WIC, ¿habló sobre la lactancia materna con una par consejera en lactancia u otro miembro del personal de WIC?**

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

[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]

Y ahora, las próximas preguntas son sobre la atención médica que recibió DESPUÉS del parto de su último hijo.

VI13. Después del parto de su nuevo bebé, ¿recibió los tipos de ayuda con la lactancia materna indicados a continuación? Para cada uno, marcar NO si no recibió este tipo de ayuda con la lactancia materna o Sí si la recibió.

	SÍ	NO	No sé	Prefiero No Responder
VI13a. Alguien que respondiera a mis preguntas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13b. Ayuda para posicionar correctamente al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13c. Ayuda para saber si mi bebé estaba recibiendo suficiente leche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13d. Ayuda con el manejo del dolor o el sangrado de los pezones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13e. Información sobre dónde obtener un sacaleches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13f. Ayuda para usar el sacaleches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13g. Información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

VI14. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]

Antes o después de que naciera su último(a) hijo/a, ¿recibió información sobre la lactancia materna de cualquiera de las siguientes fuentes? Para cada uno, marcar NO si no recibió información de esta fuente o Sí si la recibió.

	SÍ	NO	No sé	Prefiero No Responder
VI14a. Mi médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14b. Una enfermera, partera o doula	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14c. Un especialista en lactancia o amamantamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14d. El médico o proveedor médico de mi bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14e. Un grupo de apoyo a la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14f. Una línea directa de ayuda o número gratuito para la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14g. Familiares o amigas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14h. Otra fuente; favor especificar _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

Estas últimas preguntas son sobre su cobertura de seguro de salud.

VI15. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, EN ALGÚN MOMENTO, ¿tuvo usted cobertura de CUALQUIER tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?

- 1 Sí, tuve cobertura los 12 meses
- 3 Sí, pero hubo una brecha en la cobertura
- 4 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

VI16. ¿Cuenta usted ACTUALMENTE con cobertura de ALGÚN tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?

- 3 Sí
- 4 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

→ **[Si respondió que sí] ¿Cuenta usted con cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

	SÍ	NO	No sé	Prefiero No Responder
VI16a. Mi médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16b. Una enfermera, partera o doula	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16c. Un especialista en lactancia o amamantamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16d. El médico o proveedor médico de mi bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16e. Un grupo de apoyo a la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16f. Una línea directa de ayuda o número gratuito para la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

	SÍ	NO	No sé	Prefiero No Responder
VI16g. Familiares o amigas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI16h. Otra fuente; favor especificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>				