



# Encuesta Nacional de Salud de los Niños

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



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

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

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

**NSCH-S-S1**  
(07/20/2016)



# Inicio

Si su hogar no tiene niños, responder a la primera pregunta a continuación y luego devolver el cuestionario.

Si su hogar tiene niños de 0 - 17 años de edad, por favor responda a todas las preguntas que se aplican.

Si usted:

- ¿NECESITA AYUDA? para completar su cuestionario
- Necesita aparato con monitor telefónico para los discapacitados auditivos (TDD)

Por favor llame al: **1-800-845-8241**. La llamada es gratis.

If you:

- Need help or have questions about completing this form
- Need Telephone Device for the Deaf (TDD) assistance

Please call: **1-800-845-8241**. The telephone call is free.

# En su casa

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

Numero de niños que viven o se quedan en esta dirección

**3** ¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

Inglés

Español

Otro idioma, especifique: ↴

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

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



# NIÑO 1

(el más joven)

Nombre, Iniciales, o 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 este niño de origen hispano, latino o español?

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

**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? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

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

**4** ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino  Femenino

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

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- 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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**10** ¿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, o 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 este niño de origen hispano, latino o español?

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

**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? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

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

**4** ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino  Femenino

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

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- 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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**10** ¿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, o 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 este niño de origen hispano, latino o español?

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

**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? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

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

**4** ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino  Femenino

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

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- 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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**10** ¿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, o 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 este niño de origen hispano, latino o español?

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

**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? Si el niño tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

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

**4** ¿Cuál es el sexo del niño?

- Masculino  Femenino

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

¿Cuán bien habla inglés el niño?

- 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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

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

- Sí  No

**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 u otro problema de salud?

- Sí  No

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

- Sí  No

**10** ¿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, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

**NIÑO 6**

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

**NIÑO 7**

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

**NIÑO 8**

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

**NIÑO 9**

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

**NIÑO 10**

(siguiente niño mayor en edad) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años (o)

Meses

Sexo

Masculino

Femenino



# Instrucciones de envío postal

## Gracias por su participación.

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

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

### → Asegúrese de que ha:

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

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

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

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

Se calcula estima que el tiempo promedio necesario para recopilar esta información es de 5 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y controlar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Los comentarios sobre el estimado del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Project 0607-0990, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a [DEMO.Paperwork@census.gov](mailto:DEMO.Paperwork@census.gov); escriba como asunto "Paperwork Project 0607-0990."

