

# 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-T1**  
(07/20/2016)



## Inicio

Recientemente, usted completó una encuesta con preguntas sobre los niños que usualmente viven o se quedan en esta dirección. Gracias por tomar de su tiempo para completar esa encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

Estas preguntas servirán para recopilar más información detallada sobre diversos aspectos de la salud de este niño, que incluyen su estado de salud, visitas a los proveedores de atención médica, costos de atención médica y cobertura de seguro de salud.

Hemos seleccionado solamente a un niño por hogar a fin de minimizar el tiempo necesario para responder a las preguntas de seguimiento.

La encuesta se deberá completar por un adulto familiarizado con la salud y la atención médica de este niño.

Su participación es importante. Gracias.

## A. La salud de este niño

**A1** En general, ¿cómo describiría la salud de este niño (cuyo nombre aparece más arriba)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**A2** ¿Cómo describiría la salud dental de este niño?

- Este niño no tiene dientes
- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**A3** ¿Qué tan bien cada una de las siguientes frases describen a este niño?

	Definitivamente cierto	Algo cierto	Falso
a. Este niño es cariñoso y tierno con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Este niño se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como él quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Este niño muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Este niño sonríe y se ríe mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A4** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, este niño ha tenido dificultades CRÓNICAS o FRECUENTES con cualquiera de los siguientes?

	Sí	No
a. Respirar u otros problemas respiratorios (como respiración sibilante o falta de aire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comer o tragar debido a una afección médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales/intestinales, estreñimiento o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor físico repetido o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usar sus manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Coordinar o moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sangrado en las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dientes deteriorados o caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A5** ¿Presenta este niño alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No
a. Sordera o problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**A6** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...

¿Alergias (incluyendo alimentos, medicamentos, insectos o de otro tipo)?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A7** ¿Artritis?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A8** ¿Asma?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A9** ¿Trastornos sanguíneos (como enfermedad de anemia drepanocítica o de células falciformes, talasemia o hemofilia)?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A10** ¿Lesión cerebral, contusión o lesión en la cabeza?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

(¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...)

**A11** ¿Parálisis cerebral?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A12** ¿Fibrosis quística?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A13** ¿Diabetes?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A14** ¿Síndrome de Down?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A15** ¿Epilepsia o trastornos convulsivos?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A16** ¿Afección cardíaca?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave



(¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...)

**A17** ¿Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A18** ¿Síndrome de Tourette?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A19** ¿Problemas de ansiedad?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A20** ¿Depresión?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A21** ¿Otra afección genética o hereditaria?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A22** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico, otro proveedor de atención médica o un educador que este niño padece de...

*Algunos ejemplos de educadores son maestros y enfermeros escolares.*

¿Problemas de comportamiento o conducta?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A23** ¿Retraso en el desarrollo?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A24** ¿Discapacidad intelectual (también conocida como retraso mental)?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A25** ¿Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A26** ¿Discapacidades del aprendizaje?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave



**A27** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de...

¿Cualquier otra afección de salud mental?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, especifique: ↘

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A28** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece de autismo o trastorno del espectro autista (TEA)? *Incluya los diagnósticos de síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo (TGD).*

Sí  No → PASE a la pregunta **A33**

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A29** ¿Qué edad tenía este niño cuando un médico u otro proveedor de atención médica le dijo a usted por PRIMERA VEZ que tenía autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?

Edad en años  No sabe

**A30** ¿Qué tipo de médico u otro proveedor de atención médica fue el PRIMERO en decirle a usted que este niño tenía autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD)? *Marque solo UNA opción.*

Proveedor de atención primaria

Especialista

Psicólogo/consejero escolar

Otro psicólogo (no escolar)

Psiquiatra

Otro, especifique: ↘

No sabe

**A31** ¿Toma este niño ACTUALMENTE medicamentos para tratar el autismo, los trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o el trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?

Sí  No

**A32** En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño tratamiento del comportamiento por autismo, trastornos del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger, o trastorno generalizado del desarrollo (TGD), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este niño para ayudar con su comportamiento?

Sí  No

**A33** ¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este niño padece del trastorno por déficit de atención o del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es decir, TDA o TDAH?

Sí  No → PASE a la pregunta **A36**

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este niño la afección ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, el caso es:

Leve  Moderado  Grave

**A34** ¿Toma este niño ACTUALMENTE medicamentos para tratar el trastorno por déficit de atención (TDA) o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

Sí  No

**A35** En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño tratamiento del comportamiento por trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este niño para ayudar con su comportamiento?

Sí  No

**A36** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las afecciones o los problemas de salud de este niño afectaron su capacidad para hacer actividades que realizan otros niños de su edad?

Este niño no padece ninguna afección → PASE a la pregunta **B1**

Nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

**A37** ¿En qué medida las afecciones o los problemas de salud de este niño afectan su capacidad para hacer actividades?

Muy poco

Algo

En gran medida



## B. Este niño cuando era bebé

**B1** ¿Nació este niño más de 3 semanas antes de la fecha para la cual se esperaba el parto?

Sí

No

**B2** ¿Cuánto pesó al nacer?  
Responder en libras y onzas o kilogramos y gramos.  
Indique su mejor aproximación.

libras y   onzas

O

kilogramos y    gramos

**B3** ¿Qué edad tenía la madre cuando nació este niño?

Edad en años

**B4** ¿Fue amamantado o tomó leche materna este niño ALGUNA VEZ?

Sí

No → PASE a la pregunta **B6**

**B5** Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando dejó COMPLETAMENTE de ser amamantado o de tomar leche materna?

días

O

semanas

O

meses

O

Marque esta casilla si este niño nunca tomó leche de fórmula

**B6** ¿Qué edad tenía este niño cuando tomó leche de fórmula por PRIMERA VEZ?

Al nacer

O

días

O

semanas

O

meses

O

Marque esta casilla si este niño nunca tomó leche de fórmula

**B7** ¿Qué edad tenía este niño cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula?  
Incluya jugo, leche de vaca, agua con azúcar, alimento para bebé o cualquier otra cosa que haya ingerido este niño, incluso agua.

Al nacer

O

días

O

semanas

O

meses

O

Marque esta casilla si este niño nunca ingirió otro alimento aparte de leche materna o de fórmula

## C. Servicios de atención médica

**C1** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿consultó este niño a algún médico, enfermero u otro profesional de la salud para recibir atención por una enfermedad, para la visita de niño sano, realizarse un examen físico, por hospitalizaciones o recibir cualquier otro tipo de atención médica?

Sí

No → PASE a la pregunta **C4**



**C2** Si la respuesta es sí, **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas veces tuvo este niño una consulta con un médico, enfermero u otro profesional de la salud para realizarse un chequeo **PREVENTIVO**? *El chequeo preventivo se realiza cuando este niño no ha estado enfermo ni lesionado, tal como un chequeo anual o un examen físico para hacer deporte o la visita de niño sano.*

- 0 visitas → **PASE a la pregunta C4**
- 1 visita
- 2 visitas o más

**C3** Pensando en la **ÚLTIMA VEZ** que llevó al niño a un chequeo preventivo, ¿aproximadamente cuánto tiempo estuvo el médico o proveedor de atención médica que examinó a este niño en el consultorio con usted? Está bien que indique su mejor aproximación.

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- Más de 20 minutos

**C4** ¿Cuál es la estatura **ACTUAL** de este niño?

- pies y  pulgadas
- O
- metros y  centímetros

**C5** ¿Cuál es el peso **ACTUAL** de este niño?

- libras y  onzas
- O
- kilogramos y  gramos

**C6** ¿Le preocupa el peso de este niño?

- Sí, es demasiado alto
- Sí, es demasiado bajo
- No, no me preocupa

**C7** **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿le preguntaron los médicos o proveedores de atención médica de este niño si usted estaba preocupado por el aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de este niño?

- Sí
- No

**C8** Si este niño tiene **MENOS DE 9 MESES**, **PASE a la pregunta C9**.

**DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿le pidió a usted un médico u otro proveedor de atención médica que usted u otro cuidador completara un cuestionario con inquietudes u observaciones específicas que pudiera tener sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de este niño? A veces, el médico u otro proveedor de atención médica le solicitará al padre o a la madre que complete este en casa o durante la visita de este niño.

- Sí  No

→ Si la respuesta es sí, y este niño tiene entre 9 y 23 meses:

Indique si el cuestionario incluía preguntas con sus inquietudes u observaciones sobre: Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

- ¿Cómo habla este niño o emite los sonidos del habla?
- ¿Cómo interactúa este niño con usted y los demás?

→ Si la respuesta es sí, y este niño tiene entre 2 y 5 años:

¿El cuestionario incluía preguntas con sus inquietudes u observaciones sobre: Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

- ¿Palabras y frases que este niño usa y comprende?
- ¿Cómo se comporta y se lleva este niño con usted y los demás?

**C9** ¿Hay algún lugar a donde este niño **USUALMENTE** va cuando está enfermo o al que usted u otro cuidador va cuando necesita asesoramiento sobre la salud de este niño?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta C11**

**C10** Si la respuesta es sí, ¿a dónde va este niño **USUALMENTE**? Marque solo **UNA** opción.

- Consultorio del médico
- Sala de emergencias del hospital
- Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- Clínica o centro de salud
- Clínica ambulatoria dentro de un negocio o "Minute Clinic"
- Escuela (enfermería, oficina del entrenador atlético)
- Algún otro lugar

**C11** ¿Hay algún lugar a donde va **USUALMENTE** este niño cuando necesita atención preventiva de rutina, como un examen físico o un chequeo de niño sano?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta C13**




**C12** Si la respuesta es sí, ¿es este el mismo lugar a donde el niño va cuando está enfermo?

- Sí  
 No

**C13** ¿ALGUNA VEZ se le hizo a este niño un examen de la vista con imágenes, formas o letras?

- Sí  
 No → **PASE a la pregunta C15**

**C14** Si la respuesta es sí, ¿en qué tipo de lugar o lugares se examinó la vista de este niño? Marque TODAS las categorías que correspondan.

- Consultorio de un oculista o especialista en ojos (oftalmólogo, optometrista)  
 Consultorio del pediatra u otro médico generalista  
 Clínica o centro de salud  
 Escuela  
 Otro, especifique: 

**C15** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención dental u oral?

- Sí, fue al dentista  
 Sí, fue a otro profesional de salud oral  
 No → **PASE a la pregunta C18**

**C16** Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir atención preventiva, como chequeos, limpiezas dentales, selladores dentales o tratamientos de fluoruro?

- No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → **PASE a la pregunta C18**  
 Sí, 1 visita  
 Sí, 2 visitas o más

**C17** Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicios dentales preventivos recibió este niño? Marque TODAS las opciones que correspondan.

- Chequeo  
 Limpieza  
 Instrucciones sobre cepillado de dientes y cuidado de salud oral  
 Radiografías  
 Tratamiento de fluoruro  
 Sellador (sellador plástico en dientes posteriores)  
 No sabe

**C18** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este niño algún tratamiento o asesoría por parte de un profesional de salud mental? Los profesionales de salud mental incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales clínicos.

- Sí  
 No, pero este niño necesitaba ver a un profesional de salud mental.  
 No, este niño no necesitó ver a un profesional de salud mental → **PASE a la pregunta C20**

**C19** ¿Qué tan problemático le resultó obtener el tratamiento o la asesoría de salud mental que este niño necesitaba?

- No fue problema  
 Fue un poco problemático  
 Fue bastante problemático

**C20** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tomó este niño algún medicamento debido a dificultades con sus emociones, concentración o comportamiento?

- Sí  
 No

**C21** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este niño a algún especialista aparte de un profesional de salud mental? Los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en una sola área de la atención médica.

- Sí  
 No, pero este niño necesitaba ver a un especialista  
 No, este niño no necesitó ver a un especialista → **PASE a la pregunta C23**

**C22** ¿Qué tan problemático le resultó que este niño recibiera la atención del especialista que necesitaba?

- No fue problema  
 Fue un poco problemático  
 Fue bastante problemático

**C23** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usó este niño algún tipo de atención médica o tratamiento alternativo? La atención médica alternativa puede incluir acupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, suplementos a base de hierbas y otros tratamientos. Algunas terapias implican ver a un proveedor de atención médica, mientras que otras se pueden realizar por cuenta propia.

- Sí  
 No


**C24** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este niño atención médica en alguna ocasión pero no la recibió? Por atención médica nos referimos a la atención médica así como atención dental, de la vista y de salud mental.

- Sí  
 No → **PASE a la pregunta C27**





**C25** Si la respuesta es sí, ¿qué tipos de atención no recibió?  
Marque **TODAS** las categorías que correspondan.

- Atención médica
- Atención dental
- Atención de la vista
- Atención de la audición
- Servicios de salud mental
- Otro, especifique: 

**C26** Cuál de las siguientes contribuyeron a este niño no recibir servicios de salud necesarios:

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Este niño no era elegible para recibir los servicios?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Los servicios que necesitaba este niño no estaban disponibles en su área?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Hubo problema para programar una cita cuando este niño la necesitó?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Hubo problema para obtener transporte o cuidado de niños?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿El consultorio (del médico/la clínica) no estaba abierto cuando este niño necesitó atención? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Hubo problemas relacionados con el costo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C27** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrado en sus esfuerzos para obtener servicios para este niño?

- Nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

**C28** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este niño a la sala de emergencias de un hospital?

- Nunca
- 1 visita
- 2 visitas o más

**C29** ¿Recibió este niño **ALGUNA VEZ** un plan de educación especial o de intervención temprana? *Los niños que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) o Plan de Educación Individualizada (IEP).*

- Sí
- No → **PASE a la pregunta C32**

**C30** Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando se estableció el **PRIMER** plan?

Años y  Meses

**C31** ¿Recibe este niño **ACTUALMENTE** servicios bajo alguno de estos planes?

- Sí
- No

**C32** ¿Recibió este niño **ALGUNA VEZ** servicios especiales para cumplir con sus necesidades del desarrollo, tal como terapia del habla, ocupacional o del comportamiento?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta D1**

**C33** Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este niño cuando comenzó a recibir estos servicios especiales?

Años y  Meses

**C34** ¿Recibe este niño **ACTUALMENTE** estos servicios especiales?

- Sí
- No

## D. Experiencia con los proveedores de atención médica de este niño

**D1** ¿Tiene a una o más personas quienes considera como **médico o enfermero de cabecera de este niño**? *Un médico o enfermero es un profesional de la salud quien conoce bien al niño y está familiarizado con la historia de salud de este niño. Puede ser un médico de medicina general, un pediatra, un médico especialista, un enfermero practicante o un asociado médico.*

- Sí, a una persona
- Sí, a más de una persona
- No

**D2** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este niño un referido para ver a algún médico o recibir algún servicio?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta D4**

**D3** Si la respuesta es sí, ¿cuánta dificultad tuvo para obtener referidos?

- No fue problema
- Fue un poco problemático
- Fue bastante problemático



**D4** Responda las siguientes preguntas solo si este niño tuvo una visita de atención médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario, PASE a la pregunta **E1**.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica de este niño hicieron lo siguiente:

- |   | Siempre                  | Casi siempre             | A veces                  | Nunca                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Estuvieron tiempo suficiente con este niño?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Lo escucharon a usted con atención?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Mostraron sensibilidad por los valores y costumbres familiares?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Lo hicieron sentirse como un participante en la atención de este niño?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D5** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se necesitó tomar alguna decisión sobre los servicios o tratamientos de atención médica de este niño, tal como comenzar o interrumpir la administración de medicamentos recetados o servicios de terapia, obtener un referido para un especialista u obtener un procedimiento médico?

Sí

No → PASE a la pregunta **D7**

**D6** Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica de este niño:

- |   | Siempre                  | Casi siempre             | A veces                  | Nunca                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Analizaron con usted la variedad de opciones a considerar para la atención médica o el tratamiento de este niño?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Le dieron lugar para expresar sus dudas o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Trabajaron con usted para decidir las mejores opciones sobre la atención médica de tratamiento para este niño?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D7** ¿Le ayuda alguien a hacer arreglos o coordinar la atención de este niño entre los diferentes médicos y servicios que este niño usa?

Sí

No

No vio a más de un proveedor de atención médica en los ÚLTIMOS 12 MESES → PASE a la pregunta **D11**

**D8** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿sintió que podría haber usado ayuda adicional para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este niño entre los diferentes proveedores o servicios de atención médica?

Sí

No → PASE a la pregunta **D10**

**D9** Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que deseaba para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este niño?

Casi siempre

A veces

Nunca

**D10** En general, ¿cómo se siente con respecto a la comunicación entre los médicos de este niño y los demás proveedores de atención médica?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

**D11** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el proveedor de atención médica de este niño se comunicó con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial de este niño?

Sí

No → PASE a la pregunta **E1**

No fue necesario que el proveedor de atención médica se comunicara con estos proveedores → PASE a la pregunta **E1**

**D12** Si la respuesta es sí, en general, ¿qué tan satisfecho se siente con respecto a la comunicación que el proveedor de atención médica de este niño tiene con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho



## E. Cobertura de seguro médico de este niño

**E1** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ALGUNA VEZ estuvo cubierto este niño por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?

Sí, este niño tuvo cobertura durante los 12 meses → **PASE a la pregunta E4**

Sí, pero este niño tuvo una interrupción en la cobertura

No

**E2** Indique si alguno de los siguientes es un motivo por el cual este niño no tuvo cobertura de seguro de salud DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	Sí	No
a. Cambio de empleador o de situación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cancelación por primas vencidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Renunció a la cobertura porque costaba demasiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Renunció a la cobertura porque los beneficios eran inadecuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Renunció a la cobertura porque las opciones de proveedores de atención médica eran inadecuadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación de la cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otro, especifique: ↘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E3** ¿Está este niño cubierto ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro de salud o planes de cobertura de seguro de salud?

Sí

No → **PASE a la pregunta F1**

**E4** ¿Está este niño cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud?

	Sí	No
a. Seguro a través de un empleador o sindicato actual o previo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicaid, Medical Assistance, o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o una discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. TRICARE u otro servicios de atención médica de las Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Servicio de Salud Indio (Indian Health Services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro, especifique: ↘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E5** ¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este niño ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen las necesidades de este niño?

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

**E6** ¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este niño le permite ver a los proveedores de atención médica que necesita?

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

**E7** Pensando específicamente en las necesidades de salud mental o del comportamiento de este niño, ¿con qué frecuencia el seguro de salud de este niño ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen estas necesidades?

Este niño no utiliza servicios de salud mental o del comportamiento

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

## F. El cuidado de la salud de este niño

**F1** Incluyendo co-pagos y Cuentas de Ahorros de Salud (HSA) y Cuentas de Gastos Flexibles (FSA), ¿cuánto de dinero pagó por atención médica, salud, dental, y el cuidado de visión de este niño DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

*No incluya las primas ni los costos del seguro que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente.*

\$0 (Sin gastos médicos ni gastos relacionados con la salud) → **PASE a la pregunta F4**

De \$1 a \$249

De \$250 a \$499

De \$500 a \$999

De \$1,000 a \$5,000

Más de \$5,000



**F2** ¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

**F3** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo su familia problemas para pagar las facturas médicas o de atención médica de este niño?

- Sí
- No

**F4** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted u otro miembro de la familia:

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Dejó de trabajar debido a la salud o afección médica de este niño?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Redució la cantidad de horas de trabajo debido a la salud o afección médica de este niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este niño?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F5** EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedica usted u otros miembros de la familia a la atención médica del niño en su hogar? *El cuidado puede incluir cambiar vendajes o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.*

- Este niño no necesita atención médica cada semana
- Ni yo ni otros miembros de la familia brindaron ningún tipo de atención médica
- Menos de 1 hora por semana
- De 1 a 4 horas por semana
- De 5 a 10 horas por semana
- 11 horas o más por semana

**F6** EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedica usted u otros miembros de la familia haciendo arreglos o coordinando la atención médica o de la salud de este niño, tal como para programar citas o localizar servicios?

- Este niño no necesita de atención médica coordinada cada semana
- Ni yo ni otros miembros de la familia hicieron arreglos ni coordiné atención médica o de la salud
- Menos de 1 hora por semana
- De 1 a 4 horas por semana
- De 5 a 10 horas por semana
- 11 horas o más por semana

## G. El aprendizaje de este niño

**G1** ¿Comenzó este niño la escuela? *Incluya la enseñanza en el hogar (homeschooling).*

- Este niño es menor de 3 años de edad → **PASE a la pregunta H1**
- Sí
- No

**G2** ¿Qué tan bien está aprendiendo este niño a hacer cosas por su cuenta?

- Muy bien
- Algo
- Pobremente
- Nada

**G3** ¿Qué tan seguro está de que este niño va a tener éxito en la escuela elemental o primaria?

- Muy seguro
- Mayormente seguro
- Algo seguro
- Nada seguro

**G4** ¿Con qué frecuencia puede reconocer este niño el sonido inicial de una palabra? Por ejemplo, ¿puede este niño decirle que la palabra “pelota” comienza con el sonido de la letra “p”?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G5** ¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este niño?

- Todas
- La mayoría
- Algunas
- Ninguna

**G6** ¿Puede este niño decir palabras que rimen?

- Sí
- No



**G7** ¿Con qué frecuencia puede explicar este niño lo que ha visto o hecho para que usted tenga una idea bastante clara de lo que pasó?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G8** ¿Con qué frecuencia puede escribir este niño su nombre, incluso si algunas de las letras no están del todo bien o están al revés?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G9** ¿Hasta qué número puede contar este niño?

- Nada
- Hasta cinco
- Hasta diez
- Hasta 20
- Hasta 50
- Hasta 100 o más

**G10** ¿Con qué frecuencia puede identificar este niño formas básicas, como un triángulo, círculo o cuadrado?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G11** ¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este niño?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G12** ¿Con qué frecuencia sigue trabajando este niño en algo hasta terminarlo?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G13** Cuando este niño está prestando atención, ¿con qué frecuencia puede seguir instrucciones para completar una tarea simple?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G14** Cuando este niño sostiene un lápiz, ¿utiliza los dedos o lo sostiene con todo el puño?

- Usa los dedos
- Usa todo el puño
- No puede sostener un lápiz

**G15** ¿Con qué frecuencia este niño juega bien con los demás?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G16** ¿Con qué frecuencia este niño se enfada o siente ansioso cuando se pasa de una actividad a otra?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G17** ¿Con qué frecuencia muestra preocupación este niño cuando otros están heridos o infelices?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G18** ¿Con qué frecuencia puede calmarse este niño cuando está excitado?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca



**G19** ¿Con qué frecuencia pierde este niño el control de su temperamento cuando las cosas no salen a su manera?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G20** En comparación con otros niños de la misma edad, ¿qué dificultad tiene este niño para hacer o mantener amistades?

- Ninguna dificultad
- Algo de dificultad
- Mucha dificultad

**G21** En comparación con otros niños de la misma edad, ¿con qué frecuencia puede permanecer este niño quieto mientras está sentado?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

**G22** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguna vez le pidió que mantenga a este niño de cualquier guardería o preescolar debido a su comportamiento (cosas como golpeando, pateando, mordiendo, rabieta o desobediendo)?  
Marque solo UNO.

- Este niño no asistió a la guardería o preescolar
- No
- Sí, me dijeron que recogiera a este niño temprano en 1 o más días
- Sí, tenía que mantener a este niño en casa por 1 día completo o más
- Sí, definitivamente me dijeron que este niño ya no pudo asistir a este centro de cuidado infantil o preescolar

## H. Acerca de usted y este niño

**H1** ¿Nació este niño en los Estados Unidos?

- Sí → PASE a la pregunta **H3**
- No

**H2** Si la respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha vivido este niño en los Estados Unidos?

Años y   Meses

**H3** ¿Cuántas veces se ha mudado este niño a una dirección nueva desde que nació?

Cantidad de veces

**H4** ¿Con qué frecuencia se va a dormir este niño a más o menos a la misma hora en las noches entre semana?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- En raras ocasiones
- Nunca

**H5** DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántas horas durmió este niño durante un día normal (cuente sueño durante la noche y las siestas)?

- Menos de 7 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas
- 11 horas
- 12 horas o más

**H6** Responda la siguiente pregunta solo si este niño tiene MENOS DE 12 MESES DE EDAD. De lo contrario, PASE a la pregunta **H7**.

¿En qué posición acuesta con mayor frecuencia al bebé para dormir? Marque solo UNA opción.

- De costado
- Boca arriba
- Boca abajo

**H7** EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasa este niño frente al televisor viendo programas de televisión, videos o jugando videojuegos?

- Ningún tiempo
- Menos de 1 hora
- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o más



**H8** EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasa este niño usando computadoras, teléfonos celulares, videojuegos de mano y otros dispositivos electrónicos, haciendo actividades no relacionadas con la escuela?

- Ningún tiempo
- Menos de 1 hora
- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o más

**H9** DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este niño?

- 0 días
- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- Todos los días

**H10** DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron un cuento o le cantaron canciones a este niño?

- 0 días
- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- Todos los días

**H11** ¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los niños?

- Muy bien
- Algo bien
- No muy bien
- Nada de bien

**H12** DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió:

- |  | Nunca                    | En raras ocasiones       | A veces                  | Casi siempre             | Siempre                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Qué este niño es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los niños de su edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Qué este niño hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Qué estaba enojado con este niño?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**H13** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quien pudiera recurrir en busca cotidiana de apoyo emocional con la crianza de niños?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **H15**

**H14** Si la respuesta es sí, ¿recibió usted apoyo emocional de:

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Esposo(a)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Otro familiar o amigo cercano?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Un proveedor de atención médica?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Un lugar de culto o un líder religioso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Un grupo de apoyo o asistencia relacionado con una afección específica de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Un grupo de apoyo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Un consejero u otro profesional de salud mental?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra persona, especifique: ↗  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**H15** ¿Recibe este niño cuidado por al menos 10 horas por semana de otra persona que no sea su padre, madre o tutor? Puede ser una guardería infantil, centro de educación preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado de niños, niñera, au pair o pariente.

- Sí
- No

**H16** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de niños para este niño?

- Sí
- No

## I. Acerca de su familia y su hogar

**I1** DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días se reunieron todos los miembros de la familia que viven en el hogar para comer juntos?

- 0 días
- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- Todos los días



**12** ¿Alguien que vive en su hogar fuma cigarrillos, cigarros o tabaco de pipa?

Sí

No → **PASE a la pregunta 14**

**13** Si la respuesta es sí, ¿alguien fuma dentro del hogar?

Sí

No

**14** Cuando su familia enfrenta problemas, ¿con qué frecuencia es probable que hagan lo siguiente?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Hablar todos juntos sobre qué hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Saber que tienen la fortaleza para aprovechar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15** DESDE QUE EL NIÑO NACIÓ, ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil mantenerse con sus ingresos familiares, por ejemplo, difícil cubrir lo básico como alimento u hogar?

Nunca

En raras ocasiones

En algunas ocasiones

En muchas ocasiones

**16** La siguiente pregunta es para conocer si pudo costear los alimentos que necesitaba. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la situación alimenticia de su hogar EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Siempre pudimos costear buenas comidas nutritivas.

Siempre pudimos costear lo suficiente para comer, pero no siempre la clase de alimentos que debemos comer.

A veces no pudimos costear lo suficiente para comer.

Con frecuencia no pudimos costear lo suficiente para comer.

**17** En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aunque fuera durante un mes, ¿algún miembro de la familia recibió lo siguiente:

	Sí	No
a. ¿Ayuda en efectivo de un programa de asistencia social del gobierno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cupones para alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18** ¿En su vecindario hay:

	Sí	No
a. ¿Aceras o paseos peatonales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Un parque o área de juegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Un centro de recreación, centro comunitario o club "boys and girls"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Una biblioteca o biblioteca ambulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Basura o desperdicios en las calles o aceras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Hogares mantenidos pobremente o deteriorados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Vandalismo, como ventanas rotas o grafitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19** ¿En qué medida está de acuerdo con estas afirmaciones sobre su vecindario o comunidad?

	Definitivamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
a. La gente de este vecindario se ayuda mutuamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Este niño está seguro en nuestro vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a donde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**110** Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida del niño. Estos pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas quizás se sientan incómodas con estas preguntas. Usted podrá omitir cualquier pregunta que no desee responder.

A su entender, ¿el niño experimentó ALGUNA VEZ algunas de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los padres o tutores murieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fue víctima o testigo de violencia en el vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vivió con alguna persona con enfermedad mental, suicida o con depresión grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fue tratado o juzgado injustamente por su raza o grupo étnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## J. Sobre usted

→ Complete las preguntas por cada uno de los dos adultos en el hogar que son los cuidadores principales del niño. En caso de haber solo un adulto, brinde la respuesta para dicha persona.

### ADULTO 1 (encuestado)

**J1** ¿Qué parentesco tiene con el niño?

- Padre o madre biológica o adoptiva
- Padrastro o madrastra
- Abuelo(a)
- Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- Tío(a)
- Otro: Pariente
- Otro: No pariente

**J2** ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

**J3** ¿Qué edad tiene?

Edad en años

**J4** ¿Dónde nació?

- En los Estados Unidos → **PASE a la pregunta J6**
- Fuera de los Estados Unidos

**J5** ¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

Año

**J6** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado? Marque solo UNA opción.

- Grado 8 o menos
- Grado 9 al 12; sin diploma
- Completé secundaria o GED
- Completé un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- Algunos créditos universitarios, pero sin título
- Título asociado universitario (AA, AS)
- Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

**J7** ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a)
- No casado(a), pero vivo con una pareja
- Nunca me he casado
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)

**J8** En general, ¿cómo está su salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J9** En general, ¿cómo está su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J10** ¿Tuvo trabajo por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- Sí
- No



## ADULTO 2

**J11** ¿Qué parentesco tiene el adulto 2 con el niño?

- Padre o madre biológica o adoptiva
- Padrastro o madrastra
- Abuelo(a)
- Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- Tío(a)
- Otro: Pariente
- Otro: No pariente
- Sólo hay un guardián adulto principal para este niño → **PASE a la pregunta K1**

**J12** ¿Cuál es el sexo del Adulto 2?

- Masculino
- Femenino

**J13** ¿Qué edad tiene el adulto 2?

Edad en años

**J14** ¿Dónde nació el adulto 2?

- En los Estados Unidos → **PASE a la pregunta J16**
- Fuera de los Estados Unidos

**J15** ¿Cuándo vino el adulto 2 a vivir a los Estados Unidos?

Año

**J16** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado el adulto 2?

- Grado 8 o menos
- Grado 9 al 12; sin diploma
- Completó secundaria o GED
- Completó un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- Algunos créditos universitarios, pero sin título
- Título asociado universitario (AA, AS)
- Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

**J17** ¿Cuál es el estado civil del adulto 2?

- Casado(a)
- No casado(a), pero vive con una pareja
- Nunca se ha casado
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)

**J18** En general, ¿cómo está la salud física del adulto 2?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J19** En general, ¿cómo está la salud mental o emocional del adulto 2?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J20** ¿Tuvo trabajo el adulto 2 por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- Sí
- No

## K. Información del Hogar

**K1** ¿Cuántas personas viven o se quedan en esta dirección? *Incluya a todas las personas que usualmente viven o se quedan en esta dirección. NO incluya a personas que están viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses, como estudiantes universitarios que viven afuera o personas de las Fuerzas Armadas en despliegue.*

Cantidad de personas

**K2** ¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de su familia? *Familia se define como cualquier persona que tenga parentesco con este niño por consanguinidad, matrimonio, adopción o por el programa de cuidado Foster del gobierno.*

Cantidad de personas



**K3 Ingresos EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO**

**(del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015)**  
 Marque (X) la casilla "Sí" para los tipos de ingresos recibidos por la familia y dé la mejor aproximación de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

a. ¿Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos?

Sí  No

\$           Cantidad Total

b. ¿Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad?

Sí  No

\$           Cantidad Total

c. ¿Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos?

Sí  No

\$           Cantidad Total

d. ¿Seguro Social o retiro para personal de ferrocarriles; pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos o pensión por incapacidad?

Sí  No

\$           Cantidad Total

e. ¿Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social del estado o la oficina de asistencia social local?

Sí  No

\$           Cantidad Total

f. ¿Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (Veterans Administration, VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia?

Sí  No

\$           Cantidad Total

**K4 La siguiente pregunta es sobre sus ingresos y es muy importante. Piense en el total de ingreso familiar combinado EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO de todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad antes de impuestos? Incluya dinero del trabajo, pensión para hijos menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También, incluya ingresos de intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.**

\$           Cantidad Total



## 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.

**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 que el tiempo promedio necesario para recopilar esta información es de 30 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. Para realizar comentarios sobre este cálculo o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo, escriba 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."

