



❖ Si, en la respuesta de la pregunta #6, no viven otros niños en la casa, pasa a la pregunta #8.

7. ¿Cuántos años tiene cada uno de los niños que viven en la casa con [nombre del niño inscrito]?

Edad de [nombre del niño inscrito]: \_\_\_\_\_ (encierre uno: meses años )

Edad del otro/a niño/a (1): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (2): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (3): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (4): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (5): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (6): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (7): \_\_\_\_\_ años

Edad del otro/a niño/a (8): \_\_\_\_\_ años

8. Cuéntame ¿cuáles de las siguientes personas han ayudado a cuidar regularmente a [nombre del niño inscrito] desde que nació?

|   | ¿Esta persona cuida a [nombre del niño inscrito]?  | Si sí, ¿en dónde?   | Si sí, ¿en promedio, con qué frecuencia? | En promedio, ¿a cuántos niños se cuidan con [nombre del niño inscrito]? | En promedio, ¿cuántas personas proveen el cuidado? |
|---|--|---|--|---|--|
| Mamá del niño   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día     | _____ niños   | _____ personas                                     |
| Papá del niño   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día     | _____ niños   | _____ personas                                     |
| Pareja del papá/mamá de [nombre del niño inscrito], que no es el papá/mamá del niño | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día     | _____ niños   | _____ personas                                     |
| Hermano/a del niño, que tiene <u>menos</u> de 18 años de edad (edad _____ )         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día     | _____ niños   | _____ personas                                     |
| Hermano/a del niño, que tiene <u>más</u> de 18 años de edad                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____   | _____ días/semana<br>_____ horas/día     | _____ niños   | _____ personas                                     |

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Número de identificación del estudio del bebé: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|   |  |   |                                      |             |                |
|---|--|---|--------------------------------------|-------------|----------------|
| (edad _____ )   |  | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |                                      |             |                |
| El abuelo/la abuela del niño  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día | _____ niños | _____ personas |
| Otro miembro de la familia del niño                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día | _____ niños | _____ personas |
| Amigo/a o vecino/a  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día | _____ niños | _____ personas |
| Adulto no emparentado (incluyendo a un profesional de un jardín infantil) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día | _____ niños | _____ personas |
| Otra persona (especifica: _____)  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> En la casa del niño<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> En la casa de otra persona<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> En un jardín infantil<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | _____ días/semana<br>_____ horas/día | _____ niños | _____ personas |

9. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que sientes con la cantidad de ayuda que recibes para cuidar a [nombre del niño inscrito]?
- <sub>5</sub> Muy satisfecho  
<sub>4</sub> Algo satisfecho  
<sub>3</sub> No me siento satisfecho ni me siento insatisfecho  
<sub>2</sub> Un poco insatisfecho  
<sub>1</sub> Muy insatisfecho  
<sub>88</sub> No contestó

**Ahora tenemos preguntas sobre si [nombre del niño inscrito] tiene alguna dificultad para alimentarse o para llorar.**

10. ¿Con qué frecuencia resulta difícil alimentar a [nombre del niño inscrito]?

- <sub>1</sub> Siempre o la mayoría del tiempo  
<sub>2</sub> Algunas veces  
<sub>3</sub> Muy rara vez  
<sub>4</sub> Nunca

11. A continuación, te haremos una serie de enunciados de acciones que a veces hacen los niños a la hora de comer. Cuéntame con qué frecuencia [*nombre del niño inscrito*] hace cada una de las siguientes acciones. Te solicitamos responder si consideras que lo hace muy rara vez o nunca, a veces, casi siempre.

|   | Muy rara vez o nunca <sub>0</sub> | A veces <sub>1</sub> | Casi siempre <sub>2</sub> | No sé <sub>77</sub> | No contestó <sub>88</sub> | No aplica <sub>66</sub> |
|---|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| Reflujo de alimentos  |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Babeo excesivo  |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Nauseas/tose  |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Dificultad en tragar/pasar la comida                                      |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Dificultad para succionar el seno o el tetero                             |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Arquear la espalda /retorcerse  |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Negarse a abrir la boca   |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Escupir la comida   |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Comer demasiado rápido  |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Girar su cabeza evitando la comida/negar con la cabeza                    |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Masticar/chupar la comida sin tragar                                      |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Pasar la comida en tragos grandes   |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |
| Cualquier otra dificultad a la hora de comer (Especifica: _____<br>_____) |                                   |                      |                           |                     |                           |                         |

12. En promedio, ¿cuántas horas llora [*nombre del niño inscrito*] al día?  
 <sub>0</sub> <1 hora    <sub>1</sub> 1-3 horas    <sub>2</sub> 3-6 horas    <sub>3</sub> 6-9 horas    <sub>4</sub> 9-12 horas    <sub>5</sub> >12 horas  
 <sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> No contestó

13. En general, ¿qué tan fácil es calmar a [*nombre del niño inscrito*] cuando él o ella está llorando o está inquieto/a? Favor de elegir solo una respuesta.  
 <sub>0</sub> Muy fácil  
 <sub>1</sub> Más o menos fácil  
 <sub>2</sub> Un poco difícil  
 <sub>3</sub> Muy difícil  
 <sub>77</sub> No sé  
 <sub>88</sub> No contestó

**Ahora vamos a actualizar la información del seguro médico de [*nombre del niño inscrito*].**

14. ¿Qué tipo de afiliación tiene [*nombre del niño inscrito*]?  
 <sub>1</sub> Contributivo    <sub>2</sub> Subsidiado    <sub>3</sub> No asegurado    <sub>4</sub> Especial    <sub>5</sub> Excepción  
 <sub>6</sub> Indeterminado/pendiente    <sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> No contestó

15. ¿Cómo se llama el prestador de servicios de salud (EPS) de [*nombre del niño inscrito*]?

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudio del bebé: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ <sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> No contestó

| Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito]:   |  |
|---|--|
| 16. ¿Has llevado a [nombre del niño inscrito] a un control rutinario del crecimiento y desarrollo o has buscado atención médica para [nombre del niño inscrito] porque él o ella tenía síntomas de una enfermedad (por ejemplo, fiebre, brote (sarpullido)?)  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br>Número de veces: _____<br>Nombre de la IPS (1): _____<br>Nombre de la IPS (2): _____<br>Nombre de la IPS (3): _____<br>Nombre de la IPS (4): _____<br>Nombre de la IPS (5): _____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó<br><input type="checkbox"/> → Si <b>NO</b> , salta a la pregunta # 21. |
| 17. Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], ¿le hicieron alguna de las siguientes pruebas? Dime "Sí" o "No" para cada una que voy a mencionar.  |  |
| Ecografía transfontanelar   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Resonancia magnética  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Tomografía axial computarizada  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Evaluación auditiva   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Evaluación de visión  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Evaluación del desarrollo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| ¿[nombre del niño inscrito] tuvo alguna otra prueba que no haya mencionado?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí → Prueba: _____<br>Nombre de la IPS: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| 18. Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], ¿lo vio algún médico especialista?<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó<br>↳ Si <b>SÍ</b> , ¿qué tipo de profesional de salud lo vio a [nombre del niño inscrito]? Dime "Sí" o "No" para cada uno de los que voy a mencionar. |  |
| Pediatra  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Terapia ocupacional/física  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Neurólogo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Gastroenterólogo  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Oftalmólogo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Audiólogo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)   |

|  |  |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Especialista en desarrollo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br>(Tipo de especialista: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| ¿A [nombre del niño inscrito], lo vio algún otro profesional de salud que no haya mencionado?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Tipo de profesional: _____<br>Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| 19. Desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], ¿él o ella tuvo alguna hospitalización en la que tuvo que quedarse una noche o más hospitalizado?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br>Número de veces: _____<br>Nombre del hospital (1): _____<br>Nombre del hospital (2): _____<br>Nombre del hospital (3): _____<br>Nombre del hospital (4): _____<br>Nombre del hospital (5): _____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 20. Ahora voy a decirte una lista de enfermedades. Favor de contestar "Sí" o "No" si, desde la última cita del estudio de [nombre del niño inscrito], algún profesional de salud te dijo que [nombre del niño inscrito] pudo haber tenido uno de los siguientes. |  |
| Virus del Zika   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Dengue   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Chikungunya  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Fiebre amarilla  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Citomegalovirus  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Rubeola  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Toxoplasmosis  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Sífilis  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Varicela   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Parvovirus   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| Herpes   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |
| ¿Te dijo que [nombre del niño inscrito] pudo haber tenido alguna otra enfermedad que no haya mencionado?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, especifica: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó  |

21. ¿Desde la última cita del estudio, [nombre del niño inscrito] o tú se han inscrito en otro estudio del virus del Zika?

- <sub>3</sub> Sí, yo me inscribí → ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_
- <sub>2</sub> Sí, yo inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_
- <sub>1</sub> Sí, yo me inscribí e inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_
- <sub>0</sub> No
- <sub>77</sub> No sé
- <sub>88</sub> No contestó

**Ahora, tenemos preguntas adicionales sobre ti, tu familia y tus amigos.**

❖ Si esta persona es el acudiente legal, de acuerdo a la respuesta de la pregunta #1, pase a la pregunta #30.

22. ¿Qué relación tenías con el papá (la mamá) de [*nombre del niño inscrito*] cuando él/ella nació? Ustedes estaban:

- <sub>1</sub> Casados
- <sub>2</sub> En unión libre
- <sub>3</sub> Estabas soltero/a
- <sub>4</sub> Divorciados
- <sub>5</sub> Estuviste viudo/a.
- <sub>6</sub> Otro (Especifica: \_\_\_\_\_)
- <sub>77</sub> No sé
- <sub>88</sub> No contestó

23. Cuando [*nombre del niño inscrito*] nació, ¿Con qué frecuencia tú y el papá (la mamá) del niño estaban viviendo juntos?

- <sub>1</sub> Siempre o la mayoría del tiempo
- <sub>2</sub> A veces
- <sub>3</sub> Rara vez
- <sub>4</sub> Nunca
- <sub>88</sub> No contestó
- <sub>66</sub> No aplica

24. ¿Cuál es tu relación con el papá (la mamá) de [*nombre del niño inscrito*] ahora?

- <sub>1</sub> Casados
- <sub>2</sub> En unión libre
- <sub>3</sub> Estoy soltero/a
- <sub>4</sub> Divorciados
- <sub>5</sub> Estoy viudo/a
- <sub>6</sub> Otro (Especifica: \_\_\_\_\_)
- <sub>77</sub> No sé
- <sub>88</sub> No contestó

25. Ahora mismo, ¿con qué frecuencia están viviendo juntos tú y el papá (la mamá) de [*nombre del niño inscrito*]?

- <sub>1</sub> Siempre o la mayoría del tiempo
- <sub>2</sub> A veces
- <sub>3</sub> Rara vez
- <sub>4</sub> Nunca
- <sub>66</sub> No aplica

26. ¿Estás en una relación nueva?

- <sub>1</sub> Sí, estoy casada/o con una nueva pareja.
- <sub>2</sub> Sí, tengo un nuevo/a novio/a.
- <sub>3</sub> No
- <sub>66</sub> No aplica

27. La mayoría de personas tienen desacuerdos en sus relaciones. Favor de indicar el nivel en que tú y tu pareja están o no están de acuerdo en cada ítem de la siguiente lista.

Número de identificación del estudio del padre/madre/acudiente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Número de identificación del estudio del bebé: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|   | Nunca están de acuerdo<br>(0) | Casi nunca están de acuerdo (1) | Frecuentemente no están de acuerdo (2) | A veces no están de acuerdo (3) | Casi siempre están de acuerdo (4) | Siempre están de acuerdo (5) | No contestó (88) |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------|
| Estilos de vida   |                               |                                 |  |                                 |                                   |                              |                  |
| Objetivos, metas y cosas que creían que son importantes |                               |                                 |  |                                 |                                   |                              |                  |
| La cantidad de tiempo que pasan juntos                  |                               |                                 |  |                                 |                                   |                              |                  |

28. ¿Con que frecuencia ocurren los siguientes eventos entre tú y tu pareja?

|  | Nunca <sub>(0)</sub> | Menos que una vez al mes <sub>(1)</sub> | Una o dos veces al mes <sub>(2)</sub> | Una o dos veces a la semana <sub>(3)</sub> | Una vez cada día <sub>(4)</sub> | Mas frecuente <sub>(5)</sub> | No contestó <sub>(88)</sub> |
|--|----------------------|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Tener un intercambio interesante de ideas    |                      |   |                                       |  |                                 |                              |                             |
| Discutir algo juntos en una manera tranquila |                      |   |                                       |  |                                 |                              |                             |
| Trabajar juntos en un proyecto               |                      |   |                                       |  |                                 |                              |                             |

29. Los puntos en la siguiente fila representan diferentes grados de felicidad en tu relación. El punto medio, "feliz", representa el grado de felicidad en la mayoría de las relaciones. Favor de encerrar la respuesta que mejor describe, a fin de cuentas, el grado de felicidad de tu relación.

| 0                 | 1                | 2               | 3     | 4         | 5               | 6        | 88          |
|-------------------|------------------|-----------------|-------|-----------|-----------------|----------|-------------|
| Sumamente infeliz | Bastante infeliz | Un poco infeliz | Feliz | Muy feliz | Sumamente feliz | Perfecto | No contestó |

30. Estamos interesados en cómo te sientes sobre los siguientes enunciados. Te voy a leer cada enunciado. Favor de indicar cómo te sientes sobre cada uno.

|  | Totalmente en desacuerdo <sub>(1)</sub> | Muy en desacuerdo <sub>(2)</sub> | No estoy de acuerdo <sub>(3)</sub> | Neutral <sub>(4)</sub> | De acuerdo <sub>(5)</sub> | Muy de acuerdo <sub>(6)</sub> | Totalmente de acuerdo <sub>(7)</sub> | No contestó <sub>(88)</sub> |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito.                  |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas. |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Mi familia siempre intenta ayudarme.   |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Recibo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia              |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Tengo una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.            |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Mis amigos siempre intentan ayudarme.  |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |
| Puedo contar con mis amigos cuando las cosas no salen bien.                  |   |                                  |                                    |                        |                           |                               |                                      |                             |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Puedo hablar con mi familia sobre mis problemas.                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hay una persona especial en mi vida a quien le importan mis sentimientos. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mi familia esta disponible para ayudarme a tomar decisiones.              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Puedo hablar con mis amigos sobre mis problemas.                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ahora, tenemos algunas preguntas acerca de preocupaciones que puedas tener sobre tu situación financiera.**

31. ¿Con qué frecuencia te preocupas de tener suficiente dinero para pagar por las cosas que necesitas, como comida, techo, o ropa para ti y tu familia?

- <sub>4</sub> Siempre   <sub>3</sub> Frecuentemente   <sub>2</sub> A veces   <sub>1</sub> Rara vez   <sub>0</sub> Nunca   <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> No contestó

32. ¿Alguna vez has sido incapaz de pagar o te has retrasado en el pago de atención médica, como medicamentos, hospitalizaciones o consultas médicas?

- <sub>1</sub> Sí   <sub>0</sub> No   <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> No contestó

33. Desde tu última cita del estudio, ¿hubo un momento o una situación en que tu o alguien en tu casa necesitaba ir al médico o comprar un medicamento, pero no pudo por el costo?

- <sub>1</sub> Sí   <sub>0</sub> No   <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> No contestó

**Finalmente, tenemos algunas preguntas sobre el ambiente domiciliario.**

34. Desde tu última cita del estudio, ¿alguien en la casa de [nombre del niño inscrito] ha hecho alguno de los siguientes? Dime "Sí" o "No" a cada opción.

|  |   |
|--|---|
| Ha utilizado pesticidas, insecticidas o raticidas adentro o alrededor de la casa | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Ha fumado cigarrillos dentro de la casa  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Ha fumado marihuana dentro de la casa  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Ha usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

**Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**