

Número de identificación del estudio del niño: _____ - ____ - _____

Número de identificación del estudio del padre: _____ - ____ - _____

Fecha: ____/____/____

D D M M M A A A A

Entrevistador: _____

Cuestionario de seguimiento del estudio a largo plazo para los padres y el niño

Edad (en meses) del niño en el momento de la cita, aproximada (encierre): 9 12 18 24 36 48

1. ¿Cuál es tu relación con el niño/niña?

Mamá

Papá

Acudiente legal (Especifica la relación: _____)

2. ¿El niño/niña vive contigo?

Sí No No sé No contestó

3. Incluyendo a ti y al niño/niña, ¿cuántos adultos y niños viven en la misma casa con el niño/niña?

_____ adultos (18+ años) _____ niños (<18 años) No sé No contestó

❖ Si, en la respuesta de la pregunta #3, no viven otros niños en la casa, pase a la pregunta #5.

4. ¿Cuántos años tiene cada uno de los niños que viven en la casa con el niño/niña sin incluir al niño inscrito en ZEN?

Edad del otro niño (1): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (2): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (3): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (4): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (5): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (6): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (7): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (8): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (9): _____ años No sé No contestó

Edad del otro niño (10): _____ años No sé No contestó

Ahora, quisiéramos aprender un poco más sobre quién te ayuda a cuidar al niño/niña.

5. Primero, cuéntame con qué frecuencia has cuidado al niño/a desde la última cita del estudio.

5a. ¿Cuántos días por semana cuidas al niño/a?

_____ días por semana No contestó

5b. En los días en que cuidas al niño/a, ¿cuántas horas por día le cuidas?

_____ horas por día No contestó

5c. ¿Alguien te ha ayudado a cuidar al niño de manera regular desde la última cita del estudio?

Sí No No contestó

❖ Si la respuesta de la pregunta #5c es "No", pase a la pregunta #7.

6. Por favor piensa en 3 personas aparte de ti (ej. miembros de la familia o cuidadores) quienes han ayudado a cuidar al niño con mayor frecuencia desde su nacimiento. Te haré algunas preguntas sobre cada una de estas personas.

Persona(1)																	
6a. Para la primera persona en que pensaste, ¿cuál es la relación de esta persona con el niño/a? Te voy a leer una serie de opciones y por favor elige la mejor.	<input type="checkbox"/> ₀ Mamá del niño <input type="checkbox"/> ₁ Papá del niño <input type="checkbox"/> ₂ Pareja del papá/mamá del niño que no es el papá/mamá del niño <input type="checkbox"/> ₃ El abuelo/la abuela del niño <input type="checkbox"/> ₄ Familiar del niño que tiene menos de 18 años de edad (incluye un hermano/a con menos de 18 años) <input type="checkbox"/> ₅ Otro familiar adulto del niño (incluye un hermano/a con más de 18 años) <input type="checkbox"/> ₆ Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> ₇ Adulto no emparentado (incluyendo a un profesional de un jardín infantil) <input type="checkbox"/> ₈ Otro <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica - No tengo otra persona quien ayuda a cuidar al niño (si no aplica, pase a la pregunta #7). Si otro, especifica: _____																
6b. ¿Esta persona ayuda a cuidar al niño en los siguientes lugares?	<table> <tr> <td>En la casa del niño</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sí</td> <td><input type="checkbox"/>₀ No</td> <td><input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</td> </tr> <tr> <td>En la casa de otra persona</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sí</td> <td><input type="checkbox"/>₀ No</td> <td><input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</td> </tr> <tr> <td>En un jardín infantil</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sí</td> <td><input type="checkbox"/>₀ No</td> <td><input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</td> </tr> <tr> <td>Otro lugar</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sí</td> <td><input type="checkbox"/>₀ No</td> <td><input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</td> </tr> </table> Si otro, especifica donde: _____	En la casa del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	En la casa de otra persona	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	En un jardín infantil	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	Otro lugar	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
En la casa del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó														
En la casa de otra persona	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó														
En un jardín infantil	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó														
Otro lugar	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó														
6c. ¿Cuántos días por semana esta persona ayuda a cuidar al niño/a?	_____ días por semana <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó																
6d. En los días que esta persona ayuda a cuidar al niño, ¿cuántas horas por día le cuida?	_____ horas por día <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó																
6e. En promedio, ¿esta persona cuida a cuántos niños adicionales al mismo tiempo que cuida a tu niño?	_____ niños <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó																
6f. En promedio, ¿cuántas personas adicionales proveen cuidado al niño al mismo tiempo que esta persona?	_____ personas <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó																
Persona(2)																	
6g. Para la segunda persona en que pensaste, ¿cuál es la relación de esta persona con el niño/a? Te voy a leer una serie de opciones y por favor elige la mejor.	<input type="checkbox"/> ₀ Mamá del niño <input type="checkbox"/> ₁ Papá del niño <input type="checkbox"/> ₂ Pareja del papá/mamá del niño que no es el papá/mamá del niño <input type="checkbox"/> ₃ El abuelo/la abuela del niño <input type="checkbox"/> ₄ Familiar del niño que tiene menos de 18 años de edad (incluye un hermano/a con menos de 18 años) <input type="checkbox"/> ₅ Otro familiar adulto del niño (incluye un hermano/a con																

	más de 18 años) <input type="checkbox"/> ₆ Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> ₇ Adulto no emparentado (incluyendo a un profesional de un jardín infantil) <input type="checkbox"/> ₈ Otro <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica - No tengo otra persona quien ayuda a cuidar al niño (si no aplica, pase a la pregunta #7). Si otro, especifica: _____
óh. ¿Esta persona ayuda a cuidar al niño en los siguientes lugares? En la casa del niño En la casa de otra persona En un jardín infantil Otro lugar	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó Si otro, especifica donde: _____
ói. ¿Cuántos días por semana esta persona ayuda a cuidar al niño/a?	_____ días por semana <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
ój. En los días que esta persona ayuda a cuidar al niño, ¿cuántas horas por día le cuida?	_____ horas por día <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
ók. En promedio, ¿esta persona cuida a cuántos niños adicionales al mismo tiempo que cuida a tu niño?	_____ niños <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
ól. En promedio, ¿cuántas personas adicionales proveen cuidado al niño al mismo tiempo que esta persona?	_____ personas <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Persona(3)	
óm. Para la tercera persona en que pensaste, ¿cuál es la relación de esta persona con el niño/a? Te voy a leer una serie de opciones y por favor elige la mejor.	<input type="checkbox"/> ₀ Mamá del niño <input type="checkbox"/> ₁ Papá del niño <input type="checkbox"/> ₂ Pareja del papá/mamá del niño que no es el papá/mamá del niño <input type="checkbox"/> ₃ El abuelo/la abuela del niño <input type="checkbox"/> ₄ Familiar del niño que tiene menos de 18 años de edad (incluye un hermano/a con menos de 18 años) <input type="checkbox"/> ₅ Otro familiar adulto del niño (incluye un hermano/a con más de 18 años) <input type="checkbox"/> ₆ Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> ₇ Adulto no emparentado (incluyendo a un profesional de un jardín infantil) <input type="checkbox"/> ₈ Otro <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₆₆ No aplica - No tengo otra persona quien ayuda a cuidar al niño (si no aplica, pase a la pregunta #10). Si otro, especifica: _____
ón. ¿Esta persona ayuda a cuidar al niño en los siguientes lugares?	

En la casa del niño	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
En la casa de otra persona	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
En un jardín infantil	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otro lugar	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Si otro, especifica donde: _____	
6o. ¿Cuántos días por semana esta persona ayuda a cuidar al niño/a?	_____ días por semana <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
6p. En los días que esta persona ayuda a cuidar al niño, ¿cuántas horas por día le cuida?	_____ horas por día <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
6q. En promedio, ¿esta persona cuida a cuántos niños adicionales al mismo tiempo que cuida a tu niño?	_____ niños <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
6r. En promedio, ¿cuántas personas adicionales proveen cuidado al niño al mismo tiempo que esta persona?	_____ personas <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

7. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que sientes con la cantidad de ayuda que recibes para cuidar al niño/niña?
- ₅ Muy satisfecho
₄ Algo satisfecho
₃ No me siento satisfecho ni me siento insatisfecho
₂ Un poco insatisfecho
₁ Muy insatisfecho
₈₈ No contestó

Ahora tenemos preguntas sobre algunos patrones de llanto que el niño/niña podría tener.

8. En promedio, ¿cuántas horas llora el niño/niña al día?
- ₀ <1 hora ₁ 1-3 horas ₂ 3-6 horas ₃ 6-9 horas ₄ 9-12 horas ₅ >12 horas
₇₇ No sé ₈₈ No contestó
9. En general, ¿qué tan fácil es calmar al niño/niña cuando está llorando o está inquieto? Favor de elegir solo una respuesta.
- ₀ Muy fácil
₁ Más o menos fácil
₂ Un poco difícil
₃ Muy difícil
₇₇ No sé
₈₈ No contestó

Ahora vamos a actualizar la información sobre el cuidado médico de tu niño/niña.

10. ¿Qué tipo de afiliación tiene el niño/niña?
- ₁ Contributivo ₂ Subsidiado ₃ No asegurado ₄ Especial ₅ Excepción
₆ Indeterminado/pendiente ₇₇ No sé ₈₈ No contestó
11. ¿Cómo se llama la entidad promotora de salud (EPS) o asegurador del niño/niña?

Nombre: _____

₇₇ No sé ₈₈ No contestó ₆₆ No aplica

<p>12. Desde la última cita del estudio de tu niño/niña, ¿has buscado atención médica para tu niño/niña?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____ Nombre de la IPS (3): _____ Nombre de la IPS (4): _____ Nombre de la IPS (5): _____</p>
<p>13. Sin incluir las pruebas que se hicieron como parte del estudio, desde la última cita del estudio del niño/niña, ¿le hicieron alguna de las siguientes pruebas? Dime "Sí" o "No" para cada una de las pruebas que voy a mencionar.</p>	
<p>Ecografía transfontanelar</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>Resonancia magnética del cerebro</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>Tomografía axial computarizada (TAC) de la cabeza</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>Evaluación auditiva</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>Evaluación oftalmológica</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>Evaluación del desarrollo</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>→ Si Sí, el número de veces: _____ Nombre de la IPS (1): _____ Nombre de la IPS (2): _____</p>
<p>¿El niño/niña tuvo alguna otra prueba que no haya mencionado?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sí <input type="checkbox"/>₀ No <input type="checkbox"/>₇₇ No sé <input type="checkbox"/>₈₈ No contestó</p> <p>Si Sí → Prueba (1): _____ Nombre de la IPS (1): _____ Prueba (2): _____ Nombre de la IPS (2): _____ Prueba (3): _____ Nombre de la IPS (3): _____ Prueba (4): _____ Nombre de la IPS (4): _____</p>

		Prueba (5): _____	
		Nombre de la IPS (5): _____	
14. Desde la última cita del estudio del niño/niña, ¿vio algún médico especialista? <input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó ↳ Si SÍ , ¿qué tipo de profesional de salud vio al niño/niña? Dime "Sí" o "No" para cada uno de los que voy a mencionar.			
Pediatra	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Terapeuta ocupacional/física	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Neurólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Oftalmólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Audiólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Otorrinolaringólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Genetista	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Especialista en desarrollo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____)	(Tipo de especialista: _____)	
	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó		
¿Al niño/niña, lo vio algún otro profesional de salud que no haya mencionado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Tipo de profesional: _____)	Nombre de la IPS: _____	
	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó		
15. Desde la última cita del estudio del niño/niña, ¿tuvo alguna hospitalización en la que tuvo que quedarse una noche o más hospitalizado?			
	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	↓ Si SÍ , el número de veces: _____ Nombre del hospital (1): _____ Nombre del hospital (2): _____ Nombre del hospital (3): _____ Nombre del hospital (4): _____ Nombre del hospital (5): _____	
16. Ahora voy a decirte una lista de enfermedades. Por favor contesta "Sí" o "No" si, desde la última cita del estudio del niño/niña, algún profesional de salud te dijo que tu niño/niña pudo haber tenido uno de los siguientes.			
Virus del Zika	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dengue	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Chikungunya	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Rubéola	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Sífilis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Varicela	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Parvovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Herpes	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
¿Te dijo que tu niño/niña pudo haber tenido alguna otra enfermedad que no haya mencionado?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
	Si Sí , especifica: _____			

17. Desde la última cita del estudio, ¿el niño/niña o tú se han inscrito en otro estudio del virus del Zika?

- ₃ Sí, yo me inscribí → ¿Cuál estudio? _____
- ₂ Sí, yo inscribí al niño/a → ¿Cuál estudio? _____
- ₁ Sí, yo me inscribí e inscribí al niño/a → ¿Cuál estudio? _____
- ₀ No
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

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

18. ¿Cuál es tu estado civil?

- ₁ Casado/a
- ₂ En unión libre
- ₃ Soltero/a, divorciado/a o viudo/a.
- ₄ Otro (Especifica: _____)
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

19. Estamos interesados en cómo te sientes sobre los siguientes enunciados. Te voy a leer cada enunciado desde tu punto de vista. Por favor indica cómo te sientes sobre cada uno.

	Totalmente en desacuerdo (1)	Muy en desacuerdo (2)	No estoy de acuerdo (3)	Neutral (4)	De acuerdo (5)	Muy de acuerdo (6)	Totalmente de acuerdo (7)	No contestó (88)
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.

20. ¿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?
₄ Siempre ₃ Frecuentemente ₂ A veces ₁ Rara vez ₀ Nunca
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

21. ¿Alguna vez desde la última cita del estudio has sido incapaz de pagar o te has retrasado en el pago de atención médica, como medicamentos, hospitalizaciones o consultas médicas?
₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Finalmente, tenemos algunas preguntas sobre el ambiente en la casa.

22. Desde tu última cita del estudio ZEN, ¿alguien en la casa del niño/niña ha hecho alguno de los siguientes?
 Dime "Sí" o "No" a cada opción.

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

Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?

Anota cualquier pregunta de los padres abajo:
