

**Early Childhood Longitudinal Study,
Kindergarten Class of 2022-23 (ECLS-K:2023)**

Preschool Field Test

OMB# 1850-0750 v.20

**Attachment B2
Paper Instruments**

**National Center for Education Statistics
U.S. Department of Education**

July 2019

new January 2020

Table of Contents

<u>Section</u>	<u>Page</u>
English spring household paper screener	B2-3
English spring paper parent survey	B2-5
English fall paper parent follow-up survey	B2-49
Spanish spring paper household screener	B2-53
Spanish spring paper parent survey	B2-55
Spanish fall paper parent follow-up survey	B2-101



Early Childhood Longitudinal Study



Whether children live here or not, your response is necessary to provide information on households and education in the United States.

Are there any children age 10 or younger living in this household?



- Yes  **Please continue** by completing this brief survey.
- No  **Thank you!** You are FINISHED with this study. Please return this survey in the enclosed postage-paid envelope. Thank you for your time.

Photo is for illustrative purposes only. Any person depicted in the photo is a model.

The National Center for Education Statistics (NCES) is authorized to conduct the Early Childhood Longitudinal Study (ECLS) by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). The data are being collected for NCES by Westat, a U.S.-based research organization. All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151). According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary information collection is 1850-0750. The time required to complete this information collection is estimated to average approximately 5 minutes per respondent including the time to review instructions and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this information collection, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of these data, please write directly to: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. # 1850-0750 v19. Expires 11/30/2022.



Early Childhood Longitudinal Study

Draft

START HERE

- Please use a black or blue pen to complete this form.
- Mark to indicate your answer.
- If you want to change your answer, darken the box and mark the correct answer.

All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151).

- **1. How many children age 10 or younger live in this household?**
Include small children, foster children, babies, and those living away at school (if they have no other permanent home).

--	--

Number of children

- **2. At right, list the first names of all the children age 10 or younger who live in this household, starting with the youngest child. You may provide nicknames or initials if you prefer. Be sure to include all small children, foster children, and babies.**

If you have more than 5 children, please list the 5 **youngest** children living in this household in columns 1 through 5.

If you have any questions or require additional assistance with any part of this survey, please call 1-855-898-2018.

Children age 10 or younger living in this household:

	Child 1		Child 2		Child 3		Child 4		Child 5			
Name, Initials, or Nickname	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
► 3. How old is the child in years? <i>For babies less than 1 year old, enter 0.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Age in years		<input type="text"/> <input type="text"/> Age in years		<input type="text"/> <input type="text"/> Age in years		<input type="text"/> <input type="text"/> Age in years		<input type="text"/> <input type="text"/> Age in years			
► 4. What is the child's sex?	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			
► 5. What is the child's current grade or grade equivalent, and what grade will (s)he be in during fall 2020? <i>(Please see grade or grade equivalent definitions below.)</i>	Current	Fall 2020	Current	Fall 2020	Current	Fall 2020	Current	Fall 2020	Current	Fall 2020		
	Child care for infants or toddlers in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child care for infants or toddlers in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child care for infants or toddlers in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child care for infants or toddlers in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	First	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	First	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	First	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	First	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Second	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Third	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Third	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Third	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Third	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fourth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fifth or above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fifth or above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fifth or above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fifth or above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	None of these	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None of these	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None of these	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None of these	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grade or grade equivalent definitions:

Child care for infants or toddlers in a home or center includes early childhood education programs, child care, or day care in a center, or child care with a relative or nonrelative other than a parent/guardian.

Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center includes early childhood education programs, child care, or day care in a center, nursery school, preschool, prekindergarten, or child care with a relative or nonrelative other than a parent/guardian.

Kindergarten includes Transitional Kindergarten (TK), Early Transitional Kindergarten (ETK), Readiness Kindergarten, Transitional or Prefirst Grade, or a program that is kindergarten equivalent but is ungraded or has multiple grades.

Please return this form in the enclosed postage-paid envelope. Thank you!



Early Childhood Longitudinal Study



Thank you for
telling us about
you and your
household!

Completing this survey helps us understand your child's and your experiences.

This survey is part of the Early Childhood Longitudinal Study, which is conducted by the U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.

To show our appreciation for your time, we've given you \$10.

Once you are done with the survey, **please return it in the enclosed postage paid envelope.**

Thank you for your time.

Photo is for illustrative purposes only. Any person depicted in the photo is a model.

The National Center for Education Statistics (NCES) is authorized to conduct the Early Childhood Longitudinal Study (ECLS) by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). The data are being collected for NCES by Westat, a U.S.-based research organization. All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151). According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary information collection is 1850-0750. The time required to complete this information collection is estimated to average approximately 30 minutes per respondent including the time to review instructions and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this information collection, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of these data, please write directly to: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. # 1850-0750 v19. Expires 11/30/2022.

Instructions:

- Please use a black or blue pen to complete this form.
- Mark to indicate your answer.
- If you want to change your answer, darken the box and mark the correct answer.
- There are arrows and instructions to GO TO a question or page number beside some response options. These will help you move to questions that are appropriate for you.



**If you have any questions or require additional assistance with any part of this survey,
please call 1-855-898-2018.**



We would like to collect some information about the care and home experiences of the child named in the letter that came with this survey. Your answers will be extremely valuable in better understanding the development of young children and their involvement in early care and education.

All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151).

Section A

A1. What is the first name of the child named in the letter? Please write this child's name in the box below.

First name

A2. How old is this child in years?

Years

Section B

Now we would like to ask about the skills some children demonstrate at this age.

B1. Can this child identify the colors red, yellow, blue, and green by name?

This can be done in any language.

- No, none of them
- Yes, some of them
- Yes, all of them

B2. Can this child correctly recognize the letters of the alphabet?

This can be done in any language.

- No, none of them
- Yes, some of them
- Yes, most of them
- Yes, all of them

B3. Can this child write his/her first name, even if some of the letters are backwards?

This can be done in any language.

- Yes
- No

B4. How often can this child explain things he/she has seen or done so that you get a very good idea of what happened?

This can be done in any language.

- Never
- Sometimes
- About half the time
- Usually
- Always

B5. How high can this child count?

This can be done in any language.

- This child cannot count.
- Up to 5
- Up to 10
- Up to 20
- Up to 50
- Up to 100 or more

B6. Can this child identify basic shapes such as a triangle, rectangle, circle, or square?

This can be done in any language.

- No, none of them
- Yes, some of them
- Yes, most of them
- Yes, all of them



B7. Please select whether this child does the following. Have you observed that this child...

	Yes	No
a. Tries repeatedly to communicate information which has not been understood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asks questions about information which is unclear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Responds to questions in a thoughtful way that makes sense?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rephrases questions or asks follow-up questions if he/she does not get the information he/she wanted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8. Now we would like to know about different words this child uses. Children understand many more words than they say. We are particularly interested in the words this child says. In this list of words, please select the words your child uses in English. If this child uses a different pronunciation of a word, that's OK.

Does this child say...

Mark all that apply.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> hungry | <input type="checkbox"/> stamp |
| <input type="checkbox"/> baby | <input type="checkbox"/> parent |
| <input type="checkbox"/> doctor | <input type="checkbox"/> lucky |
| <input type="checkbox"/> down | <input type="checkbox"/> furniture |
| <input type="checkbox"/> bird | <input type="checkbox"/> drip |
| <input type="checkbox"/> fruit | <input type="checkbox"/> measure |
| <input type="checkbox"/> triangle | <input type="checkbox"/> calm |
| <input type="checkbox"/> turtle | <input type="checkbox"/> lonely |
| <input type="checkbox"/> plant | <input type="checkbox"/> dive |
| <input type="checkbox"/> last | <input type="checkbox"/> skeleton |
| <input type="checkbox"/> caterpillar | <input type="checkbox"/> uncomfortable |
| <input type="checkbox"/> castle | <input type="checkbox"/> courage |
| <input type="checkbox"/> excited | |



Section C

Now we would like to ask about the language, or languages, spoken in your home.

C1. What is the primary language spoken in your home?

- English → GO TO Section D on page 4
- A language other than English → GO TO C1A
- Two or more languages are spoken the same amount → GO TO C1B

C1A. You mentioned a language other than English as your primary language spoken at home. What is it?

- Spanish
- A European language other than Spanish such as French, German, or Russian
- A Chinese language or dialect
- A Filipino language
- A Southeast Asian language such as Vietnamese, Thai, or Khmer
- A South Asian language such as Hindi or Tamil
- Another Asian language such as Japanese or Korean
- A Middle Eastern language such as Arabic or Farsi
- An African language such as Swahili or Amharic
- Other language (Please specify)

GO TO Section D
on page 4

C1B. You mentioned that two or more languages are spoken equally at home. What are these languages?

Select one or more choices below for the languages that are spoken in your home. If more than one language falls in the same category below, select that category. If there is not a choice for the language(s) spoken in your home, write the language(s) in the box next to "Other language(s) (Please specify)."

Mark all that apply.

- English
- Spanish
- A European language other than Spanish such as French, German, or Russian
- A Chinese language or dialect
- A Filipino language
- A Southeast Asian language such as Vietnamese, Thai, or Khmer
- A South Asian language such as Hindi or Tamil
- Another Asian language such as Japanese or Korean
- A Middle Eastern language such as Arabic or Farsi
- An African language such as Swahili or Amharic
- Other language(s) (Please specify)



Draft

Section D

Now we would like to ask about this child's home environment.

D1. In a typical week, how often do you or any other family members do the following things with this child?

	Not at all	Once or twice a week	3-6 times a week	Every day
a. Tell stories to this child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sing songs with this child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Help this child to do arts and crafts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Involve this child in household chores, like cooking, cleaning, setting the table, or caring for pets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Play games or do puzzles with this child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Talk about nature or do science projects with this child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Build something or play with construction toys with this child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Play a sport or exercise together	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Practice reading, writing, or working with numbers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. How often do you or other family members use a language other than English when doing any of the activities listed in the previous question?

- Always
- Most of the time
- Sometimes
- Never

D3. In a typical week, how often do you or any other family members read books to this child?

Include only times family members have read books to the child. Do not include times when the child reads or looks at books by him or herself. Please include reading of books in any language.

- Not at all
- Once or twice a week
- 3-6 times a week
- Every day

D4. Generally, how long is this child read to at each of these times?

Please include reading in any language.

Minutes:

Number of minutes



D5. How often do you and this child do the following:

	Almost never	Rarely	Sometimes	Often	Very often	Almost always
a. When you and your child are reading together, how often does she or he start talking about the story or something it has reminded her or him of?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. When you and your child are reading books with pictures together, how often do you spend time talking about the pictures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. How often do you and your child talk about a book you read sometime in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. Now, please think about the past week. How often did this child...

	Never	Once or twice a week	3-6 times a week	Every day
a. Look at picture books in the past week?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Read to or pretend to read to himself/herself or to others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. How often does this child:

	Never/ almost never	Less than once a week	Once a week to several times a week	Every day or almost every day
a. Count objects?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Add or subtract things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Write numbers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Match or identify shapes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Play cards or board games?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Play with jigsaw puzzles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Play with blocks or construction toys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Identify or create patterns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Put objects in order (for example, small to large)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D7. (Continued) How often does this child:

	Never/ almost never	Less than once a week	Once a week to several times a week	Every day or almost every day
j. Measure things (for example, using a ruler, in cooking, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Keep score in games?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Answer/ask questions about "How many things are there?" (for example, "How many plates are on the table")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. How often do you play number games or talk about numbers with this child?

- Never
- Once a month
- Less than once a week
- Once a week
- 2-3 times a week
- Every day
- More than once a day

D9. How much does this child enjoy number or math activities like counting objects, making patterns, measuring things, etc.?

- Not at all
- A little
- A fair amount
- Much
- Very much

D10. How much do you agree or disagree with the following statements about what it is usually like living in your home?

	1 Strongly disagree	2	3	4	5 Strongly agree
a. We almost always seem to be rushed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. We are usually able to stay on top of things.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No matter how hard we try, we always seem to be running late.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No matter what our family plans, it usually doesn't seem to work out.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. You can't hear yourself think.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. It is a good place to relax.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. The atmosphere is calm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. In the morning, we have a regular routine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D11. Do you have the following in your home that this child may use?

	Yes, this child shares this with other family member(s)	Yes, this child has his/her own	No
a. Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cell phone (for example, not a smartphone or other phone that can also access the internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tablet (for example, iPad or other tablet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Laptop or desktop computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Reading device (for example, Kindle or Fire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. iPod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Electronic assistant or smart speaker (for example, Alexa, Google Assistant, or Siri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Game system (for example, Playstation, Wii, or Xbox, or handheld devices such as a Nintendo DS or Sony PSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D12. On any given weekday, how much time does this child spend watching shows, movies, and videos?

If less than an hour, enter '0' in the "Hours" section. If this child does not watch shows, movies, or videos, enter '0' in both the "Hours" and "Minutes" section.

Hours: Minutes:
 Hours per weekday Minutes per weekday

D13. On any given weekday, how much time does this child spend playing video, computer, or mobile games?

If less than an hour, enter '0' in the "Hours" section. If this child does not play video, computer, or mobile games, enter '0' in both the "Hours" and "Minutes" sections.

Hours: Minutes:
 Hours per weekday Minutes per weekday

D14. How often does this child have a TV, smartphone, tablet, or laptop in his/her room overnight?

- Every night
- Most nights
- Some nights
- Hardly ever
- Never



D15. When this child is doing the following, how often do you or another adult in the household do it with him/her?

	Most of the time	Some of the time	Hardly ever	Never	This child does not do this
a. Watching his/her shows, movies, and videos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Playing video, computer, or mobile games	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D16. Do you have Internet (cable, Wifi, wireless, or DSL) in your home?

Yes

No → **GO TO D19**

D17. Does this child use any electronic or digital device(s) to get on the Internet in your home?

Yes

No

D18. Do you ever use any type of software, app, or device to monitor or limit this child's access to the Internet?

Yes

No

D19. Are there family rules about how many hours this child may spend on screen time?

Screen time refers to the amount of time this child is using a TV, computer, or any other digital device in which this child is looking at a screen during use.

Yes

No → **GO TO D21**

D20. In what ways do you limit this child's screen time?

Mark all that apply.

With a device or app

Ask my child to end screen time

Redirect my child to other activity

Take away the device from my child

Other (Please specify)

D21. Now we'd like to ask you about some of the activities your child might do. Has this child ever participated in any of the following activities?

Mark all that apply.

Organized athletic activities, like basketball, soccer, baseball, swimming, or gymnastics

Dance groups, classes, or lessons

Music, for example, piano, instrumental music, or singing lessons

Drama group, classes, or lessons

Art groups, classes, or lessons, for example, painting, drawing, sculpture

Craft groups, classes, or lessons

Language groups, classes, or lessons (to learn English or another language)

D22. In the past month, has anyone in your family done the following with this child?

Mark all that apply.

Visited a library or bookstore (Do not count visiting a library or bookstore online. We are asking about in person visits to a library or bookstore.)

Gone to a play, concert, or other live show

Visited an art gallery, museum, or historical site

Visited a zoo, aquarium, or petting farm

Attended an athletic or sporting event in which this child was not a player

Gone to a park



D23. In a typical week, please indicate the number of days your family eats any meal together.

By family, we mean at least one adult and one child.

Number of days

D24. In a typical week, please indicate the number of days your family eats the evening meal together.

By family, we mean at least one adult and one child.

Number of days

D25. During a typical week, how often does this child play outside actively (for example, running, jumping, or swinging)?

- Never
- Once or twice
- 3 to 6 times
- Every day

D26. How safe is it for children to play outside during the day in your neighborhood?

- Not at all safe
- Somewhat safe
- Very safe

D27. Does this child usually go to bed at about the same time each night, or does his/her bedtime vary a lot from night to night?

- Has usual bedtime
- Bedtime varies

D28. On an average weeknight, how many hours of sleep does this child get?

Hours:

Enter hours

Minutes:

Enter minutes



Section E

E1. Some parents know in advance where their children will attend kindergarten. Do you know where this child will attend kindergarten?

Yes

No → GO TO E5 on page 12

E2. What is the name of the school where this child will attend next year?

We would like to identify this child's school so we can include information about the school in our study. Using the list of schools below, mark the box next to the school this child will attend, then **GO TO question E4.**

If this child's school is not in this list, GO TO question E3.

If you are considering more than one school, enter the name of the school that is most likely.

School Name

Address

City



E3. What is the full name and mailing address of the school?

Please use block capital letters, for example: SCHOOL

School name

School street address line 1

School street address line 2

City

School state

School zip code

E4. How did you learn about the school where this child will attend kindergarten?

Mark all that apply.

- It is the assigned school for our neighborhood
- Word of mouth/recommendation from family, friends, etc.
- District/school website
- Looked at the school's profile online
- Looked at school ratings online from other parents
- Other (Please specify)



Draft

E5. Even though many factors matter when choosing a kindergarten, which three factors below are the most important to you? Please choose only three choices.

- Offers convenient hours (for example, is a full-day program, or offers before- or after-school care)
- Offers services for children with special needs
- Teaches children how to get along well with others
- Is in a convenient location (close to your home, work, or public transportation)
- Has a warm and nurturing teacher(s)
- Provides a safe and clean environment
- Provides transportation
- Is free or is the least expensive option
- Teaches children letters, numbers, and other academic skills
- Accepts payment from a tuition assistance/voucher program in my state
- Also serves my other children (for example, the program is located in a school where an older sibling is enrolled)
- Offers specialized programs or curriculum (for example, drama, arts, foreign languages, Montessori, modified calendar, etc.)
- Is in an elementary school that feeds into a desired middle or high school
- Has good reputation or high rating (for example, heard good things about the school from friends, family, neighbors, etc.)
- Very good value
- Promotes racial/cultural inclusivity
- A language other than English is used as the teaching language
- It is the assigned public school for the neighborhood



Section F

Next we would like to ask about this child's social skills and behavior.

F1. Please indicate how often this child acts this way.

	Never	Sometimes	Often	Very often
a. Keeps working at something until he/she is finished	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Shows interest in a variety of things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Concentrates on a task and ignores distractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Helps with chores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Is eager to learn new things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Is creative in work or in play	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source: Items g through n are from Social Skills Rating System (SSRS) Copyright © 1990 NCS Pearson. Adapted with permission. All rights reserved.



F2. Please rate how true each of these statements is for this child.

	1 Extremely untrue of your child	2	3	4	5	6	7 Extremely true of your child
a. When practicing an activity, has a hard time keeping her/his mind on it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Will move from one task to another without completing any of them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. When drawing or coloring in a book, shows strong concentration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. When building or putting something together, becomes very involved in what he/she is doing, and works for long periods of time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Is easily distracted when listening to a story.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sometimes becomes absorbed in a picture book and looks at it for a long time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3. Please rate how true each of these statements is for this child.

	1 Extremely untrue of your child	2	3	4	5 Extremely true of your child
a. Can wait before entering into new activities if asked to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Plans for new activities or changes in routine to make sure he/she has what will be needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Has trouble sitting still when he/she is told to (story time, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Is good at following instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Approaches places that he/she thinks might be "risky" slowly and cautiously	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Can easily stop an activity when told "no"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F4. How much do you agree or disagree with the following statements about this child?

	1	2	3	4	5
	Strongly disagree		Neither disagree nor agree		Strongly agree
a. My child becomes sad when other children are sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. My child gets upset seeing another child being punished for being naughty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. My child seems to react to the moods of people around them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. My child gets upset when another person is acting upset.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. My child cries or gets upset when seeing another child cry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Section G

Now we have some questions about your household.

G1. First, we have some questions about you. Please write your first name, nickname, or initials below.

First name, nickname, or initials

G2. How old are you?

Age

G3. Are you male or female?

- Male
- Female

G4. What is your relationship to the child named in the letter sent with this survey?

Parent/Guardian

- Mother/female guardian
- Father/male guardian
- Other parent/guardian

GO TO G5

Sibling

- Sister
- Brother

GO TO G6

Other Relationship

- Girlfriend or female partner of the child's parent/guardian
- Boyfriend or male partner of the child's parent/guardian
- Other partner of the child's parent/guardian
- Grandmother
- Grandfather
- Aunt
- Uncle
- Cousin
- Other relative
- Other nonrelative (Please specify)

GO TO G7

G5. Are you this child's...

- Biological or birth parent
- Adoptive parent
- Step parent
- Foster parent or legal guardian
- Other parent or guardian

GO TO G7

G6. Are you this child's...

- Full brother/sister
- Half brother/sister
- Step brother/sister
- Adoptive brother/sister
- Foster brother/sister

G7. Are you Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G8. What is your race? You may select one or more races to indicate what you consider yourself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

G9. Are you currently married, separated, divorced, widowed, in a domestic partnership, or have you never been married?

- Married
- Separated
- Divorced
- Widowed
- Never married
- Civil unions/domestic partnership
- I don't know (Please explain)



Questions About the Child

Next, we have some questions about the child named in the letter sent with this survey.

G10. Is this child male or female?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

- Male
- Female

G11. Is this child Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G12. What is this child's race? You may select one or more races to indicate what he/she considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races. Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



Spouse or Partner

G13. Do you have a spouse or partner who lives in this household?

Yes

No → **GO TO G22 on page 20**

G14. What is the first name, nickname, or initials of your spouse or partner?

First name, nickname, or initials

G15. How old is your spouse or partner?

Age

G16. Is your spouse or partner male or female?

Male

Female

G17. What is your spouse or partner's relationship to this child?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

Parent/Guardian

Mother/female guardian

Father/male guardian

Other parent/guardian

GO TO G18

Sibling

Sister

Brother

GO TO G19

Other Relationship

Girlfriend or female partner of the child's parent/guardian

Boyfriend or male partner of the child's parent/guardian

Other partner of the child's parent/guardian

Grandmother

Grandfather

Aunt

Uncle

Cousin

Other relative

Other nonrelative (Please specify)

GO TO G20 on page 19

G18. Is he/she this child's...

Biological or birth parent

Adoptive parent

Step parent

Foster parent or legal guardian

Other parent or guardian

GO TO G20 on page 19

G19. Is he/she this child's...

Full brother/sister

Half brother/sister

Step brother/sister

Adoptive brother/sister

Foster brother/sister



G20. Is your spouse or partner Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G21. What is your spouse or partner's race? You may select one or more races to indicate what he/she considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



Other Household Member 1

G22. Does anyone else live in this household?

Yes

No



GO TO Section H
on page 28

G23. What is the first name, nickname, or initials of another person in your household?

First name, nickname, or initials
(other household member 1)

G24. How old is this person?

For babies less than 1 year old, enter 0.

Age

G25. Is this person male or female?

Male

Female

G26. What is this person's relationship to this child?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

Parent/Guardian

Mother/female guardian

Father/male guardian

Other parent/guardian

GO TO G27

Sibling

Sister

Brother

GO TO G28

Other Relationship

Girlfriend or female partner
of the child's parent/guardian

Boyfriend or male partner
of the child's parent/guardian

Other partner of the child's
parent/guardian

Grandmother

Grandfather

Aunt

Uncle

Cousin

Other relative

Other nonrelative (Please specify)

GO TO G29
on page 21

G27. Is this person this child's...

Biological or birth parent

Adoptive parent

Step parent

Foster parent or legal guardian

Other parent or guardian

GO TO G29
on page 21

G28. Is this person this child's...

Full brother/sister

Half brother/sister

Step brother/sister

Adoptive brother/sister

Foster brother/sister



Draft

G29. Is this person Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G30. What is this person's race? You may select one or more races to indicate what this person considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



Other Household Member 2

G31. Does anyone else live in this household?

Yes

No

→ GO TO Section H on page 28

G32. What is the first name, nickname, or initials of another person in your household?

First name, nickname, or initials
(other household member 2)

G33. How old is this person?

For babies less than 1 year old, enter 0.

Age

G34. Is this person male or female?

Male

Female

G35. What is this person's relationship to this child?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

Parent/Guardian

Mother/female guardian

Father/male guardian

Other parent/guardian

GO TO G36

Sibling

Sister

Brother

GO TO G37

Other Relationship

Girlfriend or female partner of the child's parent/guardian

Boyfriend or male partner of the child's parent/guardian

Other partner of the child's parent/guardian

Grandmother

Grandfather

Aunt

Uncle

Cousin

Other relative

Other nonrelative (Please specify)

GO TO G38 on page 23

G36. Is this person this child's...

Biological or birth parent

Adoptive parent

Step parent

Foster parent or legal guardian

Other parent or guardian

GO TO G38 on page 23

G37. Is this person this child's...

Full brother/sister

Half brother/sister

Step brother/sister

Adoptive brother/sister

Foster brother/sister



G38. Is this person Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G39. What is this person's race? You may select one or more races to indicate what this person considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



Other Household Member 3

G40. Does anyone else live in this household?

Yes

No



GO TO Section H
on page 28

G41. What is the first name, nickname, or initials of another person in your household?

First name, nickname, or initials
(other household member 3)

G42. How old is this person?

For babies less than 1 year old, enter 0.

Age

G43. Is this person male or female?

Male

Female

G44. What is this person's relationship to this child?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

Parent/Guardian

Mother/female guardian

Father/male guardian

Other parent/guardian

GO TO G45

Sibling

Sister

Brother

GO TO G46

Other Relationship

Girlfriend or female partner
of the child's parent/guardian

Boyfriend or male partner
of the child's parent/guardian

Other partner of the child's
parent/guardian

Grandmother

Grandfather

Aunt

Uncle

Cousin

Other relative

Other nonrelative (Please specify)

GO TO G47
on page 25

G45. Is this person this child's...

Biological or birth parent

Adoptive parent

Step parent

Foster parent or legal guardian

Other parent or guardian

GO TO G47
on page 25

G46. Is this person this child's...

Full brother/sister

Half brother/sister

Step brother/sister

Adoptive brother/sister

Foster brother/sister



G47. Is this person Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G48. What is this person's race? You may select one or more races to indicate what this person considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



Other Household Member 4

G49. Does anyone else live in this household?

Yes

No



GO TO Section H
on page 28

G50. What is the first name, nickname, or initials of another person in your household?

First name, nickname, or initials
(other household member 4)

G51. How old is this person?

For babies less than 1 year old, enter 0.

Age

G52. Is this person male or female?

Male

Female

G53. What is this person's relationship to this child?

Please respond about the child named in the letter sent with this survey.

Parent/Guardian

Mother/female guardian

Father/male guardian

Other parent/guardian

GO TO G54

Sibling

Sister

Brother

GO TO G55

Other Relationship

Girlfriend or female partner
of the child's parent/guardian

Boyfriend or male partner
of the child's parent/guardian

Other partner of the child's
parent/guardian

Grandmother

Grandfather

Aunt

Uncle

Cousin

Other relative

Other nonrelative (Please specify)

GO TO G56
on page 27

G54. Is this person this child's...

Biological or birth parent

Adoptive parent

Step parent

Foster parent or legal guardian

Other parent or guardian

GO TO G56
on page 27

G55. Is this person this child's...

Full brother/sister

Half brother/sister

Step brother/sister

Adoptive brother/sister

Foster brother/sister



G56. Is this person Hispanic or Latino/Latina?

A person who is Hispanic or Latino/Latina is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- Yes
- No

G57. What is this person's race? You may select one or more races to indicate what this person considers himself/herself to be.

For the purposes of this study, Hispanic origins are not races.

Mark all that apply.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



SECTION H

Next, we have questions about child care arrangements you have for this child. First, we would like to ask you about all the child care this child now receives on a regular basis from someone other than you / his/her parents/guardians. Please do not include care from a parent or guardian who lives in this child's household or elsewhere. This does not include occasional baby-sitting or backup care providers.

Child Care From a Relative in a Home

Care from a relative would be with any relative other than this child's parents and would take place in a private home. It may be free or cost money. It should be a regular child care arrangement rather than occasional babysitting or back-up care. If you are separated or divorced, please do not include visitation with a parent who does not have custody.

H1. Is this child now receiving care from a relative on a regular basis? This may include grandparents, brothers and sisters, or any relatives other than you/this child's parents/guardians.

Yes → **GO TO H3**

No

→ **H2. Has this child ever received care from a relative on a regular basis?**

Yes → **GO TO H2A**

No → **GO TO H16 on page 30**

H2A. How old was this child in years and months when he/she first received care from any relative on a regular basis?

Age in years

Age in months

GO TO H16 on page 30

H3. How old was this child in years and months when he/she first received care from any relative on a regular basis?

Age in years

Age in months

H4. How many different regular child care arrangements do you currently have with relatives?

Please do not include care from a parent or guardian who lives in this child's household or elsewhere.

- One
- Two
- Three
- Four
- Five or more

H5. We'd like to know more about the relative who provides the most care for this child now. Who is the relative who cares for this child?

Please do not include care from a parent or guardian who lives in this child's household or elsewhere.

- Grandparent
- Aunt
- Uncle
- Brother
- Sister
- Another relative

H6. How many days each week does this child receive care from this relative?

Days per week

H7. How many hours each week does this child receive care from this relative?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

H8. How long has this child received care from this relative in the last year?

- One to two months
- Three to five months
- Six to eight months
- Nine to eleven months
- Twelve months



Draft

H9. What language does this child's relative speak most when caring for this child?

- English
- Spanish
- A European language other than Spanish such as French, German, or Russian
- A Chinese language or dialect
- A Filipino language
- A Southeast Asian language such as Vietnamese, Thai, or Khmer
- A South Asian language such as Hindi or Tamil
- Another Asian language such as Japanese or Korean
- A Middle Eastern language such as Arabic or Farsi
- An African language such as Swahili or Amharic
- Other language(s) (Please specify)

H10. Is this relative 18 years of age or older?

- Yes
- No

Head Start With a Relative

H11. Head Start is a federally sponsored preschool program mainly for children from low-income families. Are any of the regular care arrangements that this child has with relatives Head Start?

Head Start is a federally funded early childhood education program designed to improve the school-readiness of disadvantaged children who are usually 3 to 5 years old. Head Start may be offered in a variety of locations (center or home). For this question, we are interested in Head Start services in a family child care program in a private home where this child is cared for by someone who is related to this child but is not his or her parent. If your child participates in a home Head Start program where a parent is the caregiver, select no.

- Yes
- No
- Don't know

GO TO H15

H12. Is the relative who provides the most care for this child (whom you told us about on the previous page) providing the care as part of a Head Start program?

For this question, we are interested in Head Start services in a family child care program in a private home where the child is cared for by someone who is related to the child but is not his or her parent.

- Yes → GO TO H15
- No

H13. How many days each week does this child receive care from a relative in Head Start?

Days per week

H14. How many hours each week does this child receive care from a relative in Head Start?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

Other Relatives

H15. If this child is cared for by more than one relative on a regular basis, how many hours each week does this child receive care from any other relative(s)?

Do not include care from a parent or guardian who lives in the household or in another home. Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

- Check here if there is no other child care from relatives



Now we would like to know about any care this child receives from nonrelatives in a private home, not including child care centers.

Child Care From a Nonrelative in a Home

Nonrelative care is provided by someone not related to this child and is located in a private home. The private home may be this child's home, the caregiver's home, or another home. **If there is at least one parent in the household**, any nonrelative living in the household is eligible to be counted as a care arrangement, if the care is given on a regularly scheduled basis.

If neither parent lives in the household, do not include care provided by guardians who live with this child (they are treated the same as parents). Nonrelative care arrangements or programs may or may not have a charge or fee.

Regular basis: An arrangement or program occurring on a routine schedule (that is, occurring at least weekly or on some other schedule). Do not include occasional babysitting or "back up" arrangements that are just used once in a while.

H16. Is this child now receiving care in a private home on a regular basis from someone who is not related to him/her (including care provided before or after school)? This includes home child care providers, regular sitters, or neighbors. It does not include child care centers.

Yes → **GO TO H18**

No

→ **H17. Has this child ever received care in a private home from a nonrelative on a regular basis?**

Yes → **GO TO H17A**

No → **GO TO H31 on page 32**

H17A. How old was this child in years and months when he/she first received regular care in a private home from any nonrelative?

Age in years

Age in months

GO TO H31 on page 32

H18. How old was this child in years and months when he/she first received regular care in a private home from any nonrelative?

Age in years

Age in months

H19. How many different regular care arrangements do you currently have with nonrelatives?

- One
- Two
- Three
- Four
- Five or more

H20. We'd like to know about the nonrelative who provides the most care for this child now. Is that care provided in your home or another home?

- Own home
- Other home
- Both/Varies

H21. How many days each week does this child receive care from that person?

Days per week

H22. How many hours each week does this child receive care from that person?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

H23. How long has this child received care from the nonrelative in the last year?

- One to two months
- Three to five months
- Six to eight months
- Nine to eleven months
- Twelve months



H24. What language does this nonrelative speak most when caring for this child?

- English
- Spanish
- A European language other than Spanish such as French, German, or Russian
- A Chinese language or dialect
- A Filipino language
- A Southeast Asian language such as Vietnamese, Thai, or Khmer
- A South Asian language such as Hindi or Tamil
- Another Asian language such as Japanese or Korean
- A Middle Eastern language such as Arabic or Farsi
- An African language such as Swahili or Amharic
- Other language(s) (Please specify)

H25. Is this nonrelative 18 years of age or older?

- Yes
- No

Head Start With a Nonrelative

H26. Head Start is a federally sponsored preschool program mainly for children from low-income families. Are any of the regular care arrangements that this child has with nonrelatives Head Start?

Head Start is a federally funded early childhood education program designed to improve the school-readiness of disadvantaged children who are usually 3 to 5 years old. Head Start may be offered in a variety of locations (center or home). For this question, we are interested in Head Start services in a family child care program in a private home where this child is cared for by someone who is not his or her parent and is not related to this child.

- Yes
- No
- Don't know

GO TO H30

H27. Is the nonrelative who provides the most care for this child (whom you told us about on the previous page) now providing the care as part of a Head Start program?

For this question, we are interested in Head Start services in a family child care program in a private home where this child is cared for by someone who is not his or her parent and is not related to this child.

- Yes → GO TO H30
- No

H28. How many days each week does this child receive care from that person in Head Start?

Days per week

H29. How many hours each week does this child receive care from that person in Head Start?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

Other Nonrelatives

H30. If this child is cared for by more than one nonrelative on a regular basis, how many hours each week does this child receive care from any other nonrelative(s)?

Do not include care from a parent or guardian who lives in the household or in another home.

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

- Check here if there is no other child care from nonrelatives



Child Care in a Center

The next questions are about any care this child receives from day care centers, nursery schools, preschools, prekindergartens, or before- or after-school programs.

Please include any type of formal program that provides care and supervision. It may be in a child's school or in another location, such as a church or a free-standing building. Head Start programs, nursery schools, preschools, and prekindergarten programs that include children who are now in kindergarten (some of which may be sponsored by the state) are also included.

H31. Is this child now attending a day care center, nursery school, preschool, prekindergarten, or a before- or after-school program at a school or in a center on a regular basis?

Yes → **GO TO H33**

No

→ **H32. Has this child ever attended a day care center, nursery school, preschool, prekindergarten, or before- or after-school program at a school or in a center on a regular basis?**

Yes → **GO TO H32A**

No → **GO TO H47 on page 35**

H32A. How old was this child in years and months when he/she first attended any day care center, nursery school, preschool, prekindergarten, or before- or after-school program on a regular basis?

Age in years

Age in months

GO TO H47 on page 35

H33. How old was this child in years and months when he/she first attended any day care center, nursery school, preschool, prekindergarten, or before- or after-school program on a regular basis?

Age in years

Age in months

H34. How many different day care centers, nursery schools, preschools, prekindergartens, or before- or after-school care programs does this child currently go to on a regular basis?

- One
- Two
- Three
- Four
- Five or more

H35. Where is the program that this child attends most located? For example, is it in its own building, a school, in a place of worship, or some other place?

- Its own building
- A public elementary, junior high, or high school
- A private elementary, junior high, or high school
- A college or university
- A church, mosque, synagogue, or other place of worship
- Your home
- Another home
- A community center
- A public library
- A building or storefront that shares walls with other businesses
- More than one place
- Some other place

H36. How many days each week does this child go to that program?

Days per week

H37. How many hours each week does this child go to that program?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week



Draft

H38. How long has this child received care at that program in the last year?

- One to two months
- Three to five months
- Six to eight months
- Nine to eleven months
- Twelve months

H39. What language does this child's main care provider or teacher at that program speak most when caring for this child?

- English
- Spanish
- A European language other than Spanish such as French, German, or Russian
- A Chinese language or dialect
- A Filipino language
- A Southeast Asian language such as Vietnamese, Thai, or Khmer
- A South Asian language such as Hindi or Tamil
- Another Asian language such as Japanese or Korean
- A Middle Eastern language such as Arabic or Farsi
- An African language such as Swahili or Amharic
- Other language(s) (Please specify)

H40. When this child's teacher sends home notes or newsletters, are these in a language that you speak?

- Yes
- No



Draft

Head Start in a Day Care Center, Nursery School, Preschool, or Prekindergarten Program

H41. Head Start is a federally sponsored preschool program mainly for children from low-income families. Are any of this child's care arrangements in a day care center, nursery school, preschool, or prekindergarten program Head Start?

For this question, we are interested in Head Start services in a center setting.

- Yes
 - No
 - Don't know
- } **GO TO H46**

H42. Is the care arrangement in a day care center, nursery school, preschool, or prekindergarten program where this child spends the most time (that you told us about on the previous page) a Head Start program?

- Yes → **GO TO H45**
- No

H43. How many days each week does this child receive care from Head Start?

Days per week

H44. How many hours each week does this child receive care from Head Start?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

H45. Are any of the day care centers, nursery schools, preschools, or prekindergarten programs a state-sponsored preschool or state-sponsored prekindergarten program?

State-sponsored preschool or state-sponsored prekindergarten program: State-sponsored preschool or prekindergarten programs are child care programs that are paid for by the state. In some states, the programs are for all children, while in others they are only for some children such as those whose families have low incomes. State-sponsored programs can be in a public or private setting and can be part-day or full-day programs. Many state prekindergarten programs are delivered through child care programs.

- Yes
- No
- Don't know

Other Day Care Centers, Nursery Schools, Preschools, or Prekindergarten Programs

H46. If this child goes to more than one day care center or before- or after-school program on a daily basis, how many hours each week does this child receive care from any other day care centers or before- or after-school programs on a regular basis?

Enter the hours each week in whole hours.

Hours per week

- Check here if there is no other child care from day care centers or before- or after-school programs



If this child is in child care with a relative, nonrelative, or in a day care center or before- or after-school program, continue. Otherwise GO TO H55 on page 37.

Child Care Where This Child Spends the Most Time

Please answer H47 through H50 about the child care arrangement that this child spends the most time in right now.

H47.

	Strongly disagree	Disagree	Not sure	Agree	Strongly agree
a. I feel welcome and comfortable with the people at this child's arrangement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. This child's arrangement has been a good place for him/her to be.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. The people at the care arrangement are doing good things for him/her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I have confidence in the people at this child's arrangement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. This child's arrangement is doing a good job of preparing him/her for school.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H48. About how far would you say it is from your home to the child care arrangement this child attends?

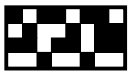
- Less than 1/8 mile (less than 3 blocks)
- 1/8 mile to 1/4 mile (3-5 blocks)
- More than 1/4 mile, but less than 1/2 mile (6-9 blocks)
- 1/2 mile to less than 1 mile (10-19 blocks)
- One mile to 2.5 miles
- 2.6 miles to 5 miles
- 5.1 miles to 7.5 miles
- 7.6 miles to 10 miles
- 10.1 miles or more

H49. About how far would you say it is from your home to the child care arrangement this child attends?

- Less than 5 minutes away
- Between 5-10 minutes away
- Between 11-15 minutes away
- Between 16-20 minutes away
- Between 21-30 minutes away
- More than 30 minutes away

H50. How do you usually take this child to the child care arrangement he/she attends?

- Walking
- Driving
- Public transportation
- Other (Please specify)



Draft

H51. Even though many factors matter when choosing child care or preschool, which THREE factors below were the MOST IMPORTANT to you? Please choose only three choices.

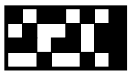
For me, the THREE (3) MOST IMPORTANT factors were that the child care or program...

- Offers convenient hours (for example, is a full-day program, or offers before- or after-school care)
- Offers services for children with special needs
- Teaches children how to get along well with others
- Is in a convenient location (close to your home, work, or public transportation)
- Has a warm and nurturing caregiver(s)/teacher(s)
- Provides a safe and clean environment
- Provides transportation
- Is free or was the least expensive option
- Teaches children letters, numbers, and other academic skills
- Accepts payment from a child care assistance program in my state
- Also serves my other children (for example, the program is located in a school where an older sibling is enrolled)
- Teaching philosophy (for example, Montessori, Reggio Emilia, etc.)
- Provides specialized programs (for example, dual language instruction)
- Offered in same location as kindergarten
- Has good reputation or high rating (for example, heard good things about the school from friends, family, neighbors, etc.)
- Very good value
- Promotes racial/cultural inclusivity
- A language other than English is used as the teaching language

H52. Now please choose the TWO things that MOST NEED IMPROVEMENT at this child's child care or preschool program. Please choose only two choices.

The TWO (2) things that MOST NEED IMPROVEMENT at this child's child care or preschool program are...

- Offers more convenient hours
- Be in a more convenient location
- It is not helping my child learn (for example, I wish my child got more practice developing social skills or academic school skills)
- The way the caregiver/teacher interacts with my child (for example, I wish my child's caregiver/teacher was more warm and affectionate)
- The environment at my child's child care/preschool program (for example, I wish the program was more inviting with more books and toys for my child)
- The way my child's caregiver/teacher communicates with me about my child (for example, I wish my child's caregiver/teacher talked to me more about my child's progress)
- The cost
- Other (Please specify)
- None. If there is nothing you would change about your child care/preschool program, please mark here.



H53. Has anyone in any of this child’s care arrangements contacted you or another adult in your household about any behavior problems he/she is having, such as:

Mark all that apply.

- Biting
- Being aggressive
- Not following directions
- Being overly active
- Being impulsive or having little or no self-control
- Another behavior problem
- None of these → GO TO H57

H54. How helpful was this care arrangement(s) in providing tips or assistance in dealing with this child’s problem behaviors?

- Very helpful
- Somewhat helpful
- Not at all helpful
- Did not receive assistance or tips

H55. Have you ever been asked to remove this child from care for the day due to one or more behavior issues he/she was having, such as biting, being aggressive, not following directions, being overly active, being impulsive, or having little or no self-control?

- Yes
- No

H56. Have you ever been asked to remove this child from care, and not return to the care setting?

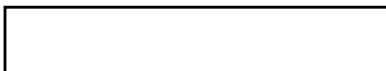
- Yes
- No

H57. Other than the child care you already told us about, where else was this child in care in the last year?

If this child was not anywhere else in the last year, check “No other arrangement.”

Mark all that apply.

- Head Start program (Head Start is a federally sponsored prekindergarten program mainly for children from low income families)
- Preschool in a public school
- An early education center, child care center, parochial child care center, or nursery school other than Head Start
- An in-home child care program or family child care program
- An “extended-day” program, that is, before- or after-school care at this child’s regular school
- Care by a parent
- Care by another member of your family or household
- Care by someone other than a member of your family or household
- Other (Please specify)
- No other arrangement





Draft

Section I

I1. Now we would like to ask about this child's health.

Would you say this child's health is...

- Excellent,
- Very good,
- Good,
- Fair, or
- Poor?

I2. In a typical week, on how many days does this child get exercise that causes rapid breathing, perspiration, and a rapid heartbeat for 20 continuous minutes or more?

Days per week

I3. How tall is your child without shoes?

Your best guess is fine.

Feet/Meters: Inches/Centimeters:

- Feet and Inches
- Meters and Centimeters
- Don't know

I4. How much does this child weigh without shoes?

Your best guess is fine.

Pounds/Kilograms:

- Pounds
- Kilograms
- Don't know

I5. Please answer the following questions based on how this child compares to other children of the same ages.

	Better than other children his/her age	As well as other children	Slightly less well than other children	Much less well than other children
a. This child is independent and takes care of himself/herself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. This child pays attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. This child learns, thinks, and solves problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. This child shows good coordination in moving his/her arms and legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. This child behaves and relates to other children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. This child behaves and relates to adults	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. This child's overall activity level is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I6. Does this child have any emotional or psychological difficulties?

Yes

No → GO TO I8 on page 39



I7. Do you think this is a mild problem, a moderate problem, or a severe problem?

- Mild problem
- Moderate problem
- Severe problem

I8. Has a health, education, or early intervention professional told you that this child is "at risk" for problems with health, physical disabilities, learning, or behavior?

- Yes
- No

I9. Has this child ever been diagnosed with a disability?

- Yes
- No

I10. Has this child ever received services from a program called Early Intervention Services or have an Individualized Family Service Plan (IFSP)?

Early Intervention Services are services to a family with a child who has been identified as having a developmental delay and/or a specific health condition when the child is between birth and age 3. An Individualized Family Service Plan or IFSP is a plan developed to support children and families involved in early intervention (birth to age 3).

- Yes
- No → GO TO I12

I11. Is this child currently receiving services from a program called Early Intervention Services or have an Individualized Family Service Plan (IFSP)?

- Yes
- No

I12. Has this child ever received any services through an Individualized Education Program (IEP)?

An Individualized Education Program (IEP) is a plan for children age 3 or older identified as needing special education and related services.

- Yes
- No → GO TO I14

I13. Is this child currently receiving any services through an Individualized Education Program (IEP)?

- Yes
- No

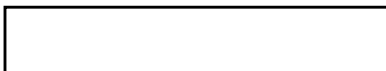
I14. Has this child ever received any services through a 504 plan?

A 504 plan is a formal plan schools use to provide accommodations to children with disabilities. A 504 plan does not include individualized instruction, and children do not have to qualify for special education services to be eligible for a 504 plan.

- Yes
- No → GO TO section J on page 40

I15. Is this child currently receiving any services through a 504 plan?

- Yes
- No





Draft

Section J

Now we would like to ask about your relationship with this child and discipline practices.

J1. Please think about whether each statement is completely true, mostly true, somewhat true, or not at all true.

	Completely true	Mostly true	Somewhat true	Not at all true
a. This child and I often have warm, close times together.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Most of the time I feel that this child likes me and wants to be near me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Even when I'm in a bad mood, I show this child a lot of love.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I express affection by hugging, kissing, and holding this child.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Being a parent is harder than I thought it would be.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. This child does things that really bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. I find myself giving up more of my life to meet this child's needs than I ever expected.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. I often feel angry with this child.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. Do you ever spank this child?

Yes

No → GO TO J4

J3. Sometimes kids do as they are told and sometimes they don't. About how many times, if any, have you spanked your child in the past week?

--	--

Number of times

J4. During the past 12 months, would you say that you experienced a lot of stress, a moderate amount of stress, relatively little stress, or almost no stress at all?

A lot of stress

A moderate amount of stress

Relatively little stress

Almost no stress at all



Parent/Guardian 1 Living in Household

Now we would like to ask about the education of this child's parents.

Answer the next questions about yourself if you are this child's parent or guardian.

If you are not this child's parent or guardian, answer the next questions about one of this child's parents or guardians living in this household.

J5. What is the highest grade or year of school that this parent or guardian has completed?

- Never went to school
- 1st grade
- 2nd grade
- 3rd grade
- 4th grade
- 5th grade
- 6th grade
- 7th grade
- 8th grade
- 9th grade
- 10th grade
- 11th grade
- 12th grade but no diploma
- High school equivalent/GED
- High school diploma
- Vocational/technical program after high school but no vocational/technical diploma
- Vocational/technical program after high school, diploma
- Some college but no degree
- Associate's degree
- Bachelor's degree
- Graduate or professional school but no degree
- Master's (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree after bachelor's degree (medicine/MD; dentistry/DDS; law/JD/LLB; etc.)

J6. Which best describes this parent or guardian's current employment situation?

- Working part-time (less than 35 hours a week)
- Working full-time (35 or more hours a week)
- A stay-at-home parent or guardian
- Not working

Parent/Guardian 2 Living in Household

Now we would like to ask about another parent or guardian in the household, if there is one.

Answer the next questions about another parent or guardian, who lives in this household, for this child.

If there is not another parent or guardian living in this household, GO TO J9 on page 42.

J7. What is the highest grade or year of school that this parent or guardian has completed?

- Never went to school
- 1st grade
- 2nd grade
- 3rd grade
- 4th grade
- 5th grade
- 6th grade
- 7th grade
- 8th grade
- 9th grade
- 10th grade
- 11th grade
- 12th grade but no diploma
- High school equivalent/GED
- High school diploma
- Vocational/technical program after high school but no vocational/technical diploma
- Vocational/technical program after high school, diploma
- Some college but no degree
- Associate's degree
- Bachelor's degree
- Graduate or professional school but no degree
- Master's (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree after bachelor's degree (medicine/MD; dentistry/DDS; law/JD/LLB; etc.)

J8. Which best describes this parent or guardian's current employment situation?

- Working part-time (less than 35 hours a week)
- Working full-time (35 or more hours a week)
- A stay-at-home parent or guardian
- Not working



Draft

J9. In studies like this, households are sometimes grouped according to income. What was the total income of all persons in your household over the past year, including salaries or other earnings, interest, retirement, and so on for all household members?

- \$5,000 or less
- \$5,001 to \$10,000
- \$10,001 to \$15,000
- \$15,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$25,000
- \$25,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$35,000
- \$35,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$45,000
- \$45,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$55,000
- \$55,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$65,000
- \$65,001 to \$70,000
- \$70,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$200,000
- \$200,001 or more

J10. What was your total household income last year, to the nearest thousand?

\$.00

J11. Do any of the child care or early care and education programs that this child attends charge tuition or a fee?

- Yes
 - No
 - This child does not attend child care or an early care and education program
- } **GO TO J13**

J12. Do you use a child care subsidy voucher that pays for part or all of the cost of tuition for this child's current child care or early care and education program?

- Yes
- No

J13. Are you, or another parent or guardian, planning to move with this child before the fall of 2020?

- Yes
- No

Thank you very much for your cooperation and for taking the time to participate in the Early Childhood Longitudinal Study. Please return your survey in the enclosed postage-paid envelope.

**Early Childhood Longitudinal Survey
1600 Research Blvd, RC B16
Rockville, MD 20850**



Early Childhood Longitudinal Study



Thank you for
answering our
survey last spring!

Now that the school year has started, we have a few questions about your child's current educational experiences.

This survey is part of the Early Childhood Longitudinal Study, which is conducted by the U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.

To show our appreciation for your time, we've given you \$5.

Once you are done with the survey, **please return it in the enclosed postage paid envelope.**

Thank you for your time.

Photo is for illustrative purposes only. Any person depicted in the photo is a model.

The National Center for Education Statistics (NCES) is authorized to conduct the Early Childhood Longitudinal Study (ECLS) by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). The data are being collected for NCES by Westat, a U.S.-based research organization. All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151). According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary information collection is 1850-0750. The time required to complete this information collection is estimated to average approximately 10 minutes per respondent including the time to review instructions and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this information collection, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of these data, please write directly to: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. # 1850-0750 v19. Expires 11/30/2022.



Draft

Instructions:

- Please use a black or blue pen to complete this form.
- Mark to indicate your answer.
- If you want to change your answer, darken the box and mark the correct answer.
- There are arrows and instructions to GO TO a question or page number beside some response options. These will help you move to questions that are appropriate for you.

We would like to ask you questions about the child named in the letter that came with this survey.

All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151).

1. Does the child named in the letter that came with this survey still live with you?

- Yes
- No

2. Is this child currently...

Mark all that apply.

- Not in school?
- In public or private school, including preschools?
- In child care in a center INSTEAD of attending a public or private school?
- In child care in a home INSTEAD of attending a public or private school?
- Homeschooled INSTEAD of attending a public or private school (including preschools) for some or all classes?

3. What is this child's current grade or equivalent?

Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center includes early childhood education programs, child care, or day care in a center, nursery school, preschool, prekindergarten, or child care with a relative or nonrelative other than a parent/guardian.

Kindergarten includes Transitional Kindergarten (TK), Early Transitional Kindergarten (ETK), Readiness Kindergarten, Transitional or Prefirst Grade, or a program that is a kindergarten equivalent but is ungraded or has multiple grades.

- Preschool or child care for preschool-aged children in a home or center
 - Kindergarten
 - First
 - Second
 - Third
 - Fourth
 - Fifth or above
 - None of these
-

4. Is this child attending {SCHOOL NAMED IN SPRING PARENT SURVEY/SCHOOL NAME MISSING}?

If your school name is missing, answer "no" to this question.

- Yes
- No

If you have any questions or require additional assistance with any part of this survey, please call 1-855-898-2018.



Draft

5. Does this child go to a public or private school for kindergarten?

- Public school (or both public and homeschooled)
- Private school
- Homeschooled only
- Not in school

GO TO Box 9

6. What is the name of the public school where this child attends kindergarten?

Please provide the full name and mailing address of the school in block capital letters:

School name

School street address line 1

School street address line 2

School city

School state

School zip code

7. Have you moved since February 2020?

Yes

No

GO TO Box 9

8. What is the zip code at your new address?

Zip code

Box 9

**Thank you for your participation in the Early Childhood Longitudinal Study!
Please return your completed survey in the enclosed postage-paid envelope.**





Estudio Longitudinal de la Primera Infancia



Sin importar si hay niños que vivan aquí o no, su respuesta es necesaria para proporcionar información de hogares y educación en los Estados Unidos.

¿Hay niños o niñas de 10 años o menos que vivan en este hogar?

- Si  **Por favor continúe** y complete esta breve encuesta.
- No  **¡Gracias!** Ya **TERMINÓ** con este estudio. Por favor envíe esta encuesta de regreso en el sobre prepagado que le enviamos con la encuesta. Gracias por su tiempo.

La foto es solamente para propósitos ilustrativos. Cualquier persona que aparezca en la foto es un modelo.

El Centro Nacional para Estadísticas de Educación (NCES, por sus siglas en inglés) está autorizado a hacer el Estudio Longitudinal de la Primera Infancia (ECLS, por sus siglas en inglés) por el Acta de la Reforma de las Ciencias de la Educación de 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). La firma Westat, una organización que realiza estudios y está basada en los Estados Unidos, está recopilando los datos para NCES. Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151). Según lo establece el Acta de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información si la misma no contiene un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para recolectar esta información que se proporciona voluntariamente es 1850-0750. Se calcula que el tiempo necesario para completar este pedido de información es en promedio de 5 minutos aproximadamente por participante, incluyendo el tiempo que lleva revisar las instrucciones, juntar los datos necesarios, y completar y revisar la información que se solicita. Si usted tiene algún comentario con respecto a la precisión del cálculo de tiempo, sugerencias para mejorar esta encuesta, o cualquier comentario o inquietud acerca del estatus del envío de su encuesta individual, por favor escriba directamente a: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. #1850-0750 v19. Vence 30/11/2022.

Estudio Longitudinal de la Primera Infancia

Draft

EMPIECE AQUÍ

- Por favor use lapicero negro o azul para completar esta encuesta.
- Ponga una para marcar cuál es su respuesta.
- Si desea cambiar su respuesta, rellene por completo el cuadrado y marque la respuesta correcta.

Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151).

- **1. ¿Cuántos niños(as) de 10 años de edad o menos viven en este hogar?**
Incluya niños pequeños, niños foster, bebés y aquéllos que estén viviendo fuera del hogar en una escuela (si es que no tienen otro hogar permanente).

--	--

Número de niños

- **2. A la derecha, ponga el primer nombre de todos los niños y niñas de 10 años de edad o menos que viven en este hogar, comenzando con el menor de todos. Puede poner sobrenombres o las iniciales de ellos si lo prefiere. Asegúrese de haber incluido a todos los niños pequeños, niños foster y bebés.**

Si tiene más de 5 niños y niñas, por favor ponga en las columnas 1 a 5 el nombre de los 5 más menores que viven en este hogar.

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional con alguna parte de esta encuesta, por favor llame al 1-855-898-2018.

Niños(as) de 10 años de edad o menos que viven en este hogar:

	Niño(a) 1		Niño(a) 2		Niño(a) 3		Niño(a) 4		Niño(a) 5	
	Actualmente	Otoño de 2020	Actualmente	Otoño de 2020	Actualmente	Otoño de 2020	Actualmente	Otoño de 2020	Actualmente	Otoño de 2020
Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. ¿Cuántos años tiene este(a) niño(a)? <i>Para bebés que tienen menos de 1 año de edad, ponga 0.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años		<input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años		<input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años		<input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años		<input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años	
4. ¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. ¿Actualmente, en qué año o grado escolar, o su equivalente, está el/la niño(a), y en qué año o grado escolar estará en el otoño de 2020? <i>(Por favor vea a continuación las definiciones de qué es un año o grado escolar o su equivalente.)</i>	Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un <input type="checkbox"/> hogar o un centro <input type="checkbox"/>		Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un <input type="checkbox"/> hogar o un centro <input type="checkbox"/>		Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un <input type="checkbox"/> hogar o un centro <input type="checkbox"/>		Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un <input type="checkbox"/> hogar o un centro <input type="checkbox"/>		Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un <input type="checkbox"/> hogar o un centro <input type="checkbox"/>	
	Programa preescolar o guardería en una casa o centro de <input type="checkbox"/> cuidado infantil para niños de edad preescolar <input type="checkbox"/>		Programa preescolar o guardería en una casa o centro de <input type="checkbox"/> cuidado infantil para niños de edad preescolar <input type="checkbox"/>		Programa preescolar o guardería en una casa o centro de <input type="checkbox"/> cuidado infantil para niños de edad preescolar <input type="checkbox"/>		Programa preescolar o guardería en una casa o centro de <input type="checkbox"/> cuidado infantil para niños de edad preescolar <input type="checkbox"/>		Programa preescolar o guardería en una casa o centro de <input type="checkbox"/> cuidado infantil para niños de edad preescolar <input type="checkbox"/>	
	<i>Kindergarten</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<i>Kindergarten</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<i>Kindergarten</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<i>Kindergarten</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<i>Kindergarten</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Primero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Primero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Primero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Primero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Primero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Segundo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Segundo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Segundo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Segundo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Segundo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Tercero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tercero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tercero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tercero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tercero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Quinto o más alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Quinto o más alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Quinto o más alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Quinto o más alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Quinto o más alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Ninguno de estos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ninguno de estos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ninguno de estos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ninguno de estos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ninguno de estos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Definiciones de año o grado escolar o su equivalente:
Cuidado infantil para bebés o niños pequeños en un hogar o un centro incluye programas de educación para la primera infancia, cuidado infantil o guardería en un centro, o por parte de un pariente que no sea uno de los padres/tutores o guardianes, o alguien que no es pariente, ni tutor o guardián.

Programas preescolares o cuidado infantil para niños de edad preescolar en un hogar o un centro incluye programas de educación para la primera infancia, cuidado infantil o guardería en un centro, *nursery*, programa preescolar, prekinder, o cuidado infantil por parte de un pariente que no sea uno de los padres/tutores o guardianes, o alguien que no es pariente ni tutor o guardián.

Kindergarten incluye *Kindergarten* Transicional (TK, por sus siglas en inglés), *Kindergarten* Transicional Temprano (ETK, por sus siglas en inglés), Preparación para *Kindergarten*, Grado de Transición o Pre Primer Grado, o un programa equivalente al *kindergarten* aunque no lleve número de grado o tenga varios grados.

Por favor envíe esta encuesta de regreso en el sobre prepagado que recibió con la encuesta. ¡Gracias!

--



Estudio Longitudinal de la Primera Infancia



¡Gracias por
responder sobre
usted y su hogar!

Al completar esta encuesta usted nos ayuda a entender las experiencias suyas y de su niño(a).

Esta encuesta es parte del Estudio Longitudinal de la Primera Infancia que lleva a cabo el Centro Nacional para Estadísticas de Educación del Departamento de Educación de los Estados Unidos.

Como muestra de nuestro agradecimiento por su tiempo, le hemos dado \$10.

Una vez que usted haya completado la encuesta, **por favor envíela de regreso en el sobre prepagado que le enviamos con esta carta.**

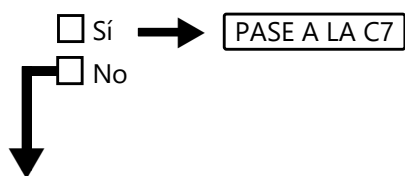
Gracias por su tiempo.

La foto es solamente para propósitos ilustrativos. Cualquier persona que aparezca en la foto es un modelo.

El Centro Nacional para Estadísticas de Educación (NCES, por sus siglas en inglés) está autorizado a hacer el Estudio Longitudinal de la Primera Infancia (ECLS, por sus siglas en inglés) por el Acta de la Reforma de las Ciencias de la Educación de 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). La firma Westat, una organización que realiza estudios y está basada en los Estados Unidos, está recopilando los datos para NCES. Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151). Según lo establece el Acta de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información si la misma no contiene un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para recolectar esta información que se proporciona voluntariamente es 1850-0750. Se calcula que el tiempo necesario para completar este pedido de información es en promedio de 30 minutos aproximadamente por participante, incluyendo el tiempo que lleva revisar las instrucciones, juntar los datos necesarios, y completar y revisar la información que se solicita. Si usted tiene algún comentario con respecto a la precisión del cálculo de tiempo, sugerencias para mejorar esta encuesta, o cualquier comentario o inquietud acerca del estatus del envío de su encuesta individual, por favor escriba directamente a: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. #1850-0750 v19. Vence 30/11/2022.

Instrucciones:

- Por favor use lapicero negro o azul para completar esta encuesta.
- Ponga una para marcar cuál es su respuesta.
- Si desea cambiar su respuesta, rellene por completo el cuadrado y marque la respuesta correcta.
- Junto a algunas opciones de respuesta hay flechas e instrucciones para PASAR a una pregunta. Estas le ayudarán a moverse por la encuesta y llegar a las preguntas que son apropiadas para usted.



Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional con alguna parte de esta encuesta, por favor llame al 1-855-898-2018.



Draft

Nos gustaría reunir algo de información sobre el cuidado y las experiencias en casa del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta. Sus respuestas serán muy valiosas para entender mejor el desarrollo de los niños pequeños y su participación en el cuidado y la educación tempranos.

Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151).

Sección A

A1. ¿Cuál es el primer nombre del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta? Por favor escriba el nombre de este niño o esta niña en el cuadrado de abajo.

Primer nombre

A2. ¿Cuántos años de edad tiene este(a) niño(a)?

Años

Sección B

Ahora quisiéramos preguntarle sobre las habilidades que demuestran algunos niños a esta edad.

B1. ¿Puede este(a) niño(a) identificar por su nombre los colores rojo, amarillo, azul y verde?

No importa en qué idioma lo haga.

- No, ninguno de esos
- Sí, alguno o algunos de esos
- Sí, todos esos

B2. ¿Puede este(a) niño(a) reconocer correctamente las letras del alfabeto?

No importa en qué idioma lo haga.

- No, ninguna
- Sí, algunas
- Sí, la mayoría
- Sí, todas

B3. ¿Sabe este(a) niño(a) escribir su primer nombre, aunque algunas de las letras estén al revés?

No importa en qué idioma lo haga.

- Sí
- No

B4. ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) explicar cosas que ha visto o hecho para que usted tenga una muy buena idea de lo que sucedió?

No importa en qué idioma lo haga.

- Nunca
- A veces
- Más o menos la mitad de las veces
- Generalmente
- Siempre

B5. ¿Hasta cuánto puede contar este(a) niño(a)?

No importa en qué idioma lo haga.

- Este(a) niño(a) no sabe contar.
- Hasta 5
- Hasta 10
- Hasta 20
- Hasta 50
- Hasta 100 o más

B6. ¿Puede este(a) niño(a) identificar formas básicas como un triángulo, un rectángulo, un círculo o un cuadrado?

No importa en qué idioma lo haga.

- No, ninguna
- Sí, algunas
- Sí, la mayoría
- Sí, todas



Draft

B7. Por favor indique si este(a) niño(a) hace las siguientes cosas. ¿Ha notado usted que este(a) niño(a)...

	Sí	No
a. Trata repetidamente de comunicar información que no le han entendido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hace preguntas sobre la información que no le queda clara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Contesta preguntas dando respuestas bien pensadas y con sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pregunta lo mismo con otras palabras o sigue haciendo preguntas si no recibe la información que quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8. Ahora quisiéramos saber de las diferentes palabras que este(a) niño(a) usa. Los niños entienden muchas más palabras de las que dicen. Estamos particularmente interesados en las palabras que este(a) niño(a) dice. En esta lista de palabras por favor seleccione las palabras que su hijo(a) usa en inglés. Si este(a) niño(a) pronuncia una palabra de manera diferente está bien.

¿Dice este(a) niño(a)...

Marque todas las respuestas que correspondan.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> hungry | <input type="checkbox"/> stamp |
| <input type="checkbox"/> baby | <input type="checkbox"/> parent |
| <input type="checkbox"/> doctor | <input type="checkbox"/> lucky |
| <input type="checkbox"/> down | <input type="checkbox"/> furniture |
| <input type="checkbox"/> bird | <input type="checkbox"/> drip |
| <input type="checkbox"/> fruit | <input type="checkbox"/> measure |
| <input type="checkbox"/> triangle | <input type="checkbox"/> calm |
| <input type="checkbox"/> turtle | <input type="checkbox"/> lonely |
| <input type="checkbox"/> plant | <input type="checkbox"/> dive |
| <input type="checkbox"/> last | <input type="checkbox"/> skeleton |
| <input type="checkbox"/> caterpillar | <input type="checkbox"/> uncomfortable |
| <input type="checkbox"/> castle | <input type="checkbox"/> courage |
| <input type="checkbox"/> excited | |



Sección C

Ahora nos gustaría preguntar sobre el idioma o los idiomas que se hablan en su hogar.

C1. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- Inglés → PASE A LA Sección D en la página 4
- Otro idioma que no es inglés → PASE A LA C1A
- Dos o más idiomas igualmente → PASE A LA C1B

C1A. Usted mencionó que el idioma principal que se habla en su hogar no es el inglés sino otro. ¿Cuál es?

- Español
- Un idioma europeo, aparte del español, como francés, alemán o ruso
- Un idioma o dialecto chino
- Un idioma filipino
- Un idioma del sudeste asiático como el vietnamita, tailandés o khmer
- Un idioma del Asia del Sur como el hindi o tamil
- Otro idioma asiático como el japonés o coreano
- Un idioma del Medio Oriente como el árabe o farsi
- Un idioma africano como el swahili o amhárico
- Otro idioma (Por favor, especifique)

PASE A LA Sección D en la página 4

C1B. Usted mencionó que se hablan dos o más idiomas por igual en el hogar. ¿Qué idiomas son?

A continuación, seleccione una o más opciones que describan los idiomas que se hablan en su hogar. Si hablan más de un idioma que pertenece a uno de los grupos, escoja esa opción. Si no hay una opción para los idiomas que se hablan en su hogar, escriba el o los idiomas en el cuadro que aparece junto a donde dice “Otro idioma (Por favor, especifique).”

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Inglés
- Español
- Un idioma europeo, aparte del español, como francés, alemán o ruso
- Un idioma o dialecto chino
- Un idioma filipino
- Un idioma del sudeste asiático como el vietnamita, tailandés o khmer
- Un idioma del Asia del Sur como el hindi o tamil
- Otro idioma asiático como el japonés o coreano
- Un idioma del Medio Oriente como el árabe o farsi
- Un idioma africano como el swahili o amhárico
- Otro(s) idioma(s) (Por favor, especifique)

**Sección D**

Ahora nos gustaría preguntar acerca del ambiente del hogar de este(a) niño(a).

D1. En una semana normal, ¿con qué frecuencia usted o algún otro miembro de la familia hace las siguientes cosas con este(a) niño(a)?

	Nunca	Una o dos veces a la semana	De 3 a 6 veces a la semana	Todos los días
a. Contarle cuentos a este(a) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cantar canciones con este(a) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ayudar a este(a) niño(a) a hacer trabajos de arte y manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hacer que este(a) niño(a) participe en quehaceres del hogar, como cocinar, limpiar, poner la mesa o cuidar de las mascotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jugar juegos o armar rompecabezas con este(a) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hablar acerca de la naturaleza o hacer proyectos de ciencia con este(a) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Construir algo o jugar con juguetes de construcción con este(a) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jugar un deporte o hacer ejercicio juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Practicar lectura, escritura o trabajar con números	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. ¿Con qué frecuencia usted u otros miembros de la familia usan un idioma que no sea inglés cuando hacen cualquiera de las actividades mencionadas en la pregunta anterior?

- Siempre
 La mayor parte del tiempo
 Algunas veces
 Nunca

D3. En una semana normal, ¿con qué frecuencia usted o algún otro miembro de la familia le leen libros a este(a) niño(a)?

Incluya solo las veces que los miembros de la familia le han leído libros al niño o a la niña. No incluya las veces cuando el/la niño(a) lee o mira libros solo(a). Por favor incluya leer libros en cualquier idioma.

- Nunca
 Una o dos veces a la semana
 De 3 a 6 veces a la semana
 Todos los días

D4. Generalmente, ¿cuánto tiempo le leen a este(a) niño(a) en cada una de esas ocasiones?

Por favor incluya leerle en cualquier idioma.

Minutos:

Número de minutos

**D5. ¿Con qué frecuencia usted y este(a) niño(a) hacen lo siguiente?**

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Casi siempre
a. Cuando usted y su niño(a) están leyendo juntos, ¿con qué frecuencia ella o él empieza a hablar sobre el cuento o de algo que el cuento le hizo acordar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando usted y su niño(a) leen juntos libros con ilustraciones, ¿con qué frecuencia pasan un rato hablando sobre los dibujos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia usted y su niño(a) hablan sobre algún libro que leyeron alguna vez en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. Ahora por favor piense en la última semana. ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)...

	Nunca	Una o dos veces por semana	De 3 a 6 veces a la semana	Todos los días
a. Miró un libro con ilustraciones en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Leyó o hizo como que leía por su cuenta o a otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. ¿Con que frecuencia este(a) niño(a):

	Nunca/Casi nunca	Menos de una vez por semana	De una a varias veces a la semana	Todos los días o casi todos los días
a. ¿Cuenta objetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Suma o resta cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Escribe números?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Agrupa o identifica formas geométricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Juega con cartas o juegos de mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Juega con rompecabezas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Juega con bloques o juguetes para construir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Identifica o crea patrones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Pone objetos en orden (por ejemplo, de menor a mayor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D7. (Continued) ¿Con que frecuencia este(a) niño(a):**

	Nunca/Casi nunca	Menos de una vez por semana	De una a varias veces a la semana	Todos los días o casi todos los días
j. ¿Mide cosas (por ejemplo, usando una regla, cuando cocina, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Lleva la cuenta de los puntos en los juegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Hace/contesta preguntas sobre "¿Cuántas cosas hay? (por ejemplo "¿Cuántos platos hay en la mesa?")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. ¿Con qué frecuencia juega usted con este(a) niño(a) a juegos con números o habla sobre números con él/ella?

- Nunca
 Una vez al mes
 Menos de una vez a la semana
 Una vez a la semana
 De 2 a 3 veces a la semana
 Todos los días
 Más de una vez al día

D9. ¿Qué tanto le gusta a este(a) niño(a) hacer actividades con números o de matemáticas, como contar objetos, hacer patrones, medir cosas, etc.?

- Nada
 Un Poco
 Más o menos
 Mucho
 Muchísimo

D10. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre cómo es generalmente la vida en su hogar?

	1 Muy en desacuerdo	2	3	4	5 Muy de acuerdo
a. Parece que casi siempre andamos con prisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usualmente podemos estar al día con las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por más que nos esforcemos, parece que siempre se nos hace tarde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sin importar lo planeado por la familia, normalmente las cosas no funcionan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No se puede pensar en paz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Es un buen lugar para relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Es un ambiente tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. En la mañana tenemos una rutina regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D11. ¿Tiene en su hogar las siguientes cosas que este(a) niño(a) puede usar?

	Sí, este(a) niño(a) lo comparte con otros miembros de la familia	Sí, este(a) niño(a) tiene uno(a) propio(a)	No
a. Teléfono inteligente o smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Teléfono celular (por ejemplo, no es un teléfono inteligente ni uno que puede ser usado para entrar en la internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tableta (por ejemplo, un iPad u otra tableta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Computadora portátil (laptop) o de escritorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aparato electrónico para leer (por ejemplo, Kindle o Fire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. iPod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Asistente electrónico o bocina inteligente (por ejemplo, Alexa, Asistente de Google o Siri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sistema de juegos (por ejemplo, Playstation, Wii o Xbox, o sistema portátil como Nintendo DS o Sony PSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D12. En un día determinado de entresemana, ¿cuánto tiempo pasa este(a) niño(a) mirando programas, películas y videos?

Si pasa menos de una hora, ponga '0' en la sección "horas". Si este(a) niño(a) no mira programas, películas o videos, ponga '0' en ambas secciones: "Horas" y "Minutos".

Horas:

Horas por día de entresemana

Minutos:

Minutos por día de entresemana

D13. En un día determinado de entresemana, ¿cuánto tiempo pasa este(a) niño(a) jugando juegos de video, de computadora o de teléfono/tableta?

Si pasa menos de una hora, escriba '0' en la sección "Horas". Si este(a) niño(a) no juega juegos de video, de computadora o de teléfono/tableta, escriba '0' en la sección de "Horas" y de "Minutos".

Horas:

Horas por día de entresemana

Minutos:

Minutos por día de entresemana

D14. ¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) una televisión, teléfono inteligente, tableta o computadora portátil en su cuarto toda la noche?

- Todas las noches
- La mayoría de las noches
- Algunas noches
- Casi nunca
- Nunca



D15. Cuando este(a) niño(a) está haciendo algunas de las siguientes cosas, ¿con qué frecuencia usted u otro adulto en el hogar lo hace con él/ella?

	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Casi nunca	Nunca	Este(a) niño(a) no hace esto
a. Mirando sus programas, películas y videos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jugando juegos de video, de computadora o de teléfono/tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D16. ¿Tiene internet (por cable, wifi, inalámbrico o DSL) en su hogar?

Sí

No → **PASE A LA D19**

D17. ¿Usa este(a) niño(a) algún aparato electrónico o digital para entrar a Internet en su casa?

Sí

No

D18. ¿Usa usted algún tipo de programa, app o aparato para controlar o limitar el acceso de este(a) niño(a) a Internet?

Sí

No

D19. ¿Tiene alguna regla su familia acerca de cuánto tiempo de pantalla se le permite a este(a) niño(a)?

El tiempo de pantalla se refiere a la cantidad de tiempo que este(a) niño(a) pasa frente a una televisión, una computadora u otro dispositivo digital en el que este(a) niño(a) está mirando una pantalla mientras lo usa.

Sí

No → **PASE A LA D21**

D20. ¿De qué maneras limita usted el tiempo de pantalla de este(a) niño(a)?

Marque todas las respuestas que correspondan.

Con un dispositivo o app

Le digo al niño(a) que pare de usar la pantalla

Dirijo al niño(a) a que haga otra actividad

Le quito el aparato a mi niño(a)

Otra manera (Por favor, especifique)

D21. Ahora quisiéramos preguntarle sobre algunas actividades que tal vez hace su niño(a). ¿Alguna vez este(a) niño(a) ha participado en alguna de las siguientes actividades?

Marque todas las respuestas que correspondan.

Actividades atléticas organizadas, como básquetbol, fútbol, soccer, béisbol, natación o gimnasia

Grupo, clases, o lecciones de baile o danzas

Lecciones de música, por ejemplo, de piano, música instrumental o lecciones de canto

Grupos, clases o lecciones de drama o teatro

Grupos, clases o lecciones de arte, por ejemplo, de pintura, dibujo o escultura

Grupos, clases o lecciones de manualidades

Grupos, clases o lecciones de idiomas (para aprender inglés u otro idioma)

D22. En el último mes, ¿alguien de su familia ha hecho con este(a) niño(a) alguna de las siguientes cosas?

Marque todas las respuestas que correspondan.

Ha ido a una biblioteca o librería (No cuente visitar una biblioteca o librería en internet. Estamos preguntando sobre visitas en persona a una biblioteca o librería.)

Ha ido a una obra de teatro, concierto u otro show en vivo

Ha ido a una galería de arte, un museo o un lugar histórico

Ha ido a un zoológico, un acuario o una granja para niños

Ha asistido a un evento atlético o deportivo en el que este(a) niño(a) no era uno de los jugadores

Ha ido a un parque



Draft

D23. Ponga el número de días en que su familia come junta cualquier comida en una semana normal.

Por familia queremos decir por lo menos un adulto y un niño.

Número de días

D24. Ponga el número de días que su familia come junta la comida principal en una semana normal.

Por familia queremos decir por lo menos un adulto y un niño.

Número de días

D25. Durante una semana normal ¿con qué frecuencia este(a) niño(a) juega afuera activamente (por ejemplo, corre, brinca o se columpia)?

- Nunca
- Una o dos veces
- De 3 a 6 veces
- Todos los días

D26. ¿Qué tan seguro es que los niños jueguen afuera durante el día en su vecindario?

- Nada seguro
- Algo seguro
- Muy seguro

D27. ¿Se va a dormir este(a) niño(a) normalmente más o menos a la misma hora cada noche, o su hora de dormir cambia mucho cada noche?

- Tiene horario fijo para acostarse
- La hora de acostarse cambia

D28. En una noche normal de entresemana, ¿cuántas horas duerme este(a) niño(a)?

Horas:

Ponga las horas

Minutos:

Ponga los minutos



Draft

Sección E

E1. Algunos padres saben de antemano a dónde asistirán sus hijos al *kindergarten*. ¿Sabe a dónde asistirá este(a) niño(a) al *kindergarten*?

Sí

No → PASE A LA E5 en la página 12

E2. ¿Cuál es el nombre de la escuela a donde este(a) niño(a) asistirá el próximo año?

Quisiéramos identificar la escuela de este(a) niño(a) para poder incluir información sobre la escuela en nuestro estudio. Usando la lista de escuelas que aparece abajo, marque el cuadrado que aparece junto a la escuela a donde este(a) niño(a) asistirá. Luego **PASE A LA pregunta E4.**

Si la escuela de este(a) niño(a) no está en esta lista, PASE A LA pregunta E3.

Si está considerando más de una escuela, ponga el nombre de la escuela que sea más probable.

Nombre de la escuela	Dirección	Ciudad
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		



Draft

E3. ¿Cuál es el nombre completo y la dirección postal de la escuela?

Por favor escriba con letras mayúsculas de imprenta, por ejemplo: ESCUELA

Nombre de la escuela

Dirección de la escuela (calle y número) - línea 1

Dirección de la escuela (calle y número) - línea 2

Ciudad de la escuela

Estado de la escuela

Código postal de la escuela

E4. ¿Cómo supo de la escuela a la que este(a) niño(a) va a ir al *kindergarten*?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Es la escuela asignada a nuestro vecindario
- De palabra/por recomendación de familiares, amigos, etc.
- Sitio de internet del distrito/escuela
- Vi en internet el perfil de la escuela
- Vi en internet cómo califican la escuela otros padres
- De otra manera (Por favor, especifique)



E5. Aunque muchos factores son importantes cuando se elige un *kindergarten*, ¿cuáles de los siguientes factores son los tres más importantes para usted? Por favor, elija solo tres opciones.

- Ofrece un horario conveniente (por ejemplo, es un programa de *kindergarten* de día completo u ofrece cuidado antes o después de la escuela)
- Ofrece servicios para niños con necesidades especiales
- Enseña a los niños a llevarse bien con los demás
- Queda en un lugar conveniente (cerca de su casa, trabajo o transporte público)
- Tiene un(a) maestro(a) cálido(a) y afectuoso(a)
- Proporciona un ambiente seguro y limpio
- Proporciona transporte
- Es gratis o es la opción menos cara
- Enseña a los niños letras, números y otras destrezas académicas
- Acepta pagos de un programa estatal de asistencia/programa de vouchers
- También sirve a mis otros hijos (por ejemplo, el programa está ubicado en una escuela donde está inscripto un(a) hermano(a) mayor)
- Tiene programas o currículum especializados (por ejemplo, teatro, artes, idiomas extranjeros, Montessori, calendario modificado, etc.)
- Queda en una escuela primaria de donde se pasa a una escuela intermedia o *high school* deseada
- Tiene buena reputación o alta calificación (por ejemplo, escuchó cosas buenas de la escuela por parte de amigos, familiares, vecinos, etc.)
- Da buenos servicios por el costo
- Promueve la diversidad racial/cultural
- Se usa un idioma que no es inglés para la enseñanza
- Es la escuela pública asignada para el vecindario



Sección F

Ahora quisiéramos preguntarle sobre las destrezas sociales y el comportamiento de este(a) niño(a).

F1. Por favor indique con qué frecuencia este(a) niño(a) actúa de esta manera.

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
a. No para de hacer algo hasta que lo termina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Muestra interés en una variedad de cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se concentra en una tarea e ignora las distracciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ayuda con los quehaceres de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Está ansioso(a) por aprender cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Es creativo(a) en su trabajo o en el juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Las preguntas de la g a la n vienen del Social Skills Rating System (SSRS) Copyright © 1990 NCS Pearson. Adaptadas con permiso.



F2. Por favor evalúe qué tan cierta es cada una de las siguientes afirmaciones para este(a) niño(a).

	1	2	3	4	5	6	7
	No es para nada cierto respecto a su niño(a)						Extremadamente cierto respecto a su niño(a)
a. Al practicar una actividad, le resulta difícil concentrarse en ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cambia de una tarea a otra sin terminar ninguna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cuando dibuja o colorea en un libro, se concentra mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cuando construye o arma algo, se sumerge en lo que está haciendo y sigue trabajando por largos periodos de tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se distrae fácilmente cuando está escuchando un cuento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A veces se sumerge en un libro de ilustraciones y lo mira durante mucho tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3. Por favor evalúe qué tan cierta es cada una de estas afirmaciones para este(a) niño(a).

	1	2	3	4	5
	No es para nada cierto respecto a su niño(a)				Extremadamente cierto respecto a su niño(a)
a. Logra aguantar hasta empezar actividades nuevas, si se lo piden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hace planes para nuevas actividades o cambios de rutina para asegurarse de que tiene lo que va a necesitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tiene problemas para estar quieto(a) cuando se lo piden (hora de leer cuentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sigue bien las instrucciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se acerca despacio y con cuidado a lugares que piensa que podrían ser "peligrosos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Puede parar de hacer una actividad fácilmente cuando le dicen "no"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F4. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre este(a) niño(a)?

	1 Muy en desacuerdo	2	3 Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4	5 Muy de acuerdo
a. Mi hijo(a) se entristece cuando otros niños están tristes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mi hijo(a) se molesta cuando ve que castigan a otro niño por portarse mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi hijo(a) parece reaccionar a los estados de ánimo de la gente que le rodea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi hijo(a) se molesta cuando otra persona se comporta como que está molesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mi hijo(a) llora o se molesta al ver a otro niño llorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sección G

Ahora tenemos algunas preguntas sobre su hogar.

G1. Primero, tenemos algunas preguntas sobre usted.

Por favor escriba abajo su primer nombre, sobrenombre o apodo, o sus iniciales.

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o sus iniciales

G2. ¿Qué edad tiene usted?

Edad

G3. ¿Es usted hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G4. ¿Qué relación o parentesco tiene usted con el niño o la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta?

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes

PASE A LA G5 en la página 17

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

PASE A LA G6 en la página 17

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

PASE A LA G7 en la página 17



Draft

G5. ¿Es usted el/la...de este(a) niño(a)?

- Padre o madre biológico(a) o de nacimiento
- Padre o madre adoptivo(a)
- Padrastro o madrastra
- Padre or madre *foster*, o guardián(a) o tutor(a) legal
- Otro tipo de padre, madre guardián(a)/tutor(a)

PASE A LA G7

G6. ¿Es usted el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G7. ¿Es usted de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G8. ¿Cuál es su raza? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que usted se considera a usted mismo(a).

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)

G9. ¿Está usted actualmente casado(a), separado(a), divorciado(a), viudo(a), en una unión civil o sociedad doméstica, o nunca estuvo casado(a)?

- Casado(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Nunca han estado casados
- En unión civil/Sociedad doméstica
- No sabe (Por favor, especifique)

Preguntas sobre el/la niño(a)

Ahora tenemos algunas preguntas sobre el niño o la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

G10. ¿Es este(a) niño(a) hombre o mujer?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

- Hombre
- Mujer

G11. ¿Es este(a) niño(a) de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G12. ¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que él/ella se considera a sí mismo(a).

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Esposo(a) o pareja

G13. ¿Tiene usted un(a) esposo, esposa o pareja que vive en este hogar?

Sí

No → **PASE A LA G22 en la página 20**

G14. ¿Cuál es el primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales de su esposo, esposa o pareja?

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales

G15. ¿Qué edad tiene su esposo, esposa o pareja?

Edad

G16. ¿Es su esposo, esposa o pareja hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G17. ¿Qué relación o parentesco tiene su esposo, esposa o pareja con este(a) niño(a)?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes

PASE A LA G18

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

PASE A LA G19 en la página 19

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

PASE A LA G20 en la página 19

G18. ¿Es él/ella el/la... de este(a) niño(a)?

Padre o madre biológico(a) o de nacimiento

Padre o madre adoptivo(a)

Padrastro o madrastra

Padre or madre *foster*, o guardián(a) o tutor(a) legal

Otro tipo de padre, madre o guardián(a)/tutor(a)

PASE A LA G20 en la página 19



G19. ¿Es él/ella el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G20. ¿Es su esposo, esposa o pareja de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G21. ¿Cuál es la raza de su esposo, esposa o pareja? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que él/ella se considera a sí mismo(a).

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Otro miembro del hogar 1

G22. ¿Vive alguien más en este hogar?

Sí

No

→ PASE A LA Sección H en la página 28

G23. ¿Cuál es el primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales de otra persona en su hogar?

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales (otro miembro del hogar 1)

G24. ¿Qué edad tiene esta persona?

Para bebés menores de 1 año de edad, ponga 0.

Edad

G25. ¿Es esta persona hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G26. ¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con este(a) niño(a)?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes

PASE A LA G27

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

PASE A LA G28 en la página 21

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

PASE A LA G29 en la página 21

G27. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

Padre o madre biológico(a) o de nacimiento

Padre o madre adoptivo(a)

Padrastro o madrastra

Padre or madre foster, o guardián(a) o tutor(a) legal

Otro tipo de padre, madre o guardián(a)/tutor(a)

PASE A LA G29 en la página 21



Draft

G28. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G29. ¿Es esta persona de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G30. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que esta persona se considera a sí misma.

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Otro miembro del hogar 2

G31. ¿Vive alguien más en este hogar?

Sí

No

→ PASE A LA Sección H en la página 28

G32. ¿Cuál es el primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales de la siguiente persona en su hogar?

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales (otro miembro del hogar 2)

G33. ¿Qué edad tiene esta persona?

Para bebés menores de 1 año de edad, ponga 0.

Edad

G34. ¿Es esta persona hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G35. ¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con este(a) niño(a)?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes

} PASE A LA G36

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

} PASE A LA G37 en la página 23

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

} PASE A LA G38 en la página 23

G36. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

Padre o madre biológico(a) o de nacimiento

Padre o madre adoptivo(a)

Padrastro o madrastra

Padre or madre foster, o guardián(a) o tutor(a) legal

Otro tipo de padre, madre o guardián(a)/tutor(a)

} PASE A LA G38 en la página 23



G37. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G38. ¿Es esta persona de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G39. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que esta persona se considera a sí misma.

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Otro miembro del hogar 3

G40. ¿Vive alguien más en este hogar?

Sí

No

→ PASE A LA Sección H en la página 28

G41. ¿Cuál es el primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales de la siguiente persona en su hogar?

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales (otro miembro del hogar 3)

G42. ¿Qué edad tiene esta persona?

Para bebés menores de 1 año de edad, ponga 0.

Edad

G43. ¿Es esta persona hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G44. ¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con este(a) niño(a)?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes)

PASE A LA G45

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

PASE A LA G46 en la página 25

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

PASE A LA G47 en la página 25

G45. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

Padre o madre biológico(a) o de nacimiento

Padre o madre adoptivo(a)

Padrastro o madrastra

Padre or madre foster, o guardián(a) o tutor(a) legal

Otro tipo de padre, madre o guardián(a)/tutor(a)

PASE A LA G47 en la página 25



Draft

G46. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G47. ¿Es esta persona de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G48. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que esta persona se considera a sí misma.

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Otro miembro del hogar 4

G49. ¿Vive alguien más en este hogar?

Sí

No

→ PASE A LA Sección H en la página 28

G50. ¿Cuál es el primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales de la siguiente persona en su hogar?

Primer nombre, sobrenombre o apodo, o las iniciales (otro miembro del hogar 4)

G51. ¿Qué edad tiene esta persona?

Para bebés menores de 1 año de edad, ponga 0.

Edad

G52. ¿Es esta persona hombre o mujer?

Hombre

Mujer

G53. ¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con este(a) niño(a)?

Por favor responda acerca del niño o de la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta.

Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a)

Madre/guardiana o tutora

Padre/guardián o tutor

Otro de los padres/tutores o guardianes

PASE A LA G54

Hermano o hermana

Hermana

Hermano

PASE A LA G55 en la página 27

Otra relación o parentesco

Novia o pareja femenina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Novio o pareja masculina del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Otra pareja del padre o madre/tutor(a) o guardián(a) de este(a) niño(a)

Abuela

Abuelo

Tía

Tío

Primo o prima

Otro(a) pariente

Otra persona que no es pariente

PASE A LA G56 en la página 27

G54. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

Padre o madre biológico(a) o de nacimiento

Padre o madre adoptivo(a)

Padrastro o madrastra

Padre or madre foster, o guardián(a) o tutor(a) legal

Otro tipo de padre, madre o guardián(a)/tutor(a)

PASE A LA G56 en la página 27



G55. ¿Es esta persona el/la...de este(a) niño(a)?

- Hermano(a) de padre y madre
- Medio(a) hermano(a)
- Hermanastro(a)
- Hermano(a) adoptivo(a)
- Hermano(a) *foster*

G56. ¿Es esta persona de origen hispano o latino?

Una persona hispana o latina es de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen (ascendencia) española, sin importar la raza.

- Sí
- No

G57. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede elegir una o más razas que indiquen lo que esta persona se considera a sí misma.

Para el propósito de este estudio, el origen hispano no se considera una raza.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a) o afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco(a)



Sección H

A continuación, tenemos preguntas sobre los arreglos de cuidado infantil que tiene para este(a) niño(a). Primero quisiéramos preguntarle sobre todo el cuidado infantil que recibe actualmente este(a) niño(a) de manera habitual, de alguien aparte de usted/sus padres/guardianes o tutores. Por favor no incluya el cuidado dado por un padre o tutor/guardián que vive en el hogar de este(a) niño(a) o en algún otro lado. Esto no incluye *babysitting* ocasional ni algún arreglo alternativo por si acaso.

Cuidado por parte de un pariente en un hogar

Cuidado por parte de un pariente puede ser con cualquier pariente distinto a los padres del niño o de la niña y ocurriría en un hogar privado. Puede ser gratuito o tener un costo monetario. Debe ser un arreglo de cuidado habitual en lugar de un arreglo ocasional como babysitting o un arreglo alternativo por si acaso. Si usted está separado(a) o divorciado(a), por favor no incluya las visitas con un padre que no tiene custodia.

H1. Actualmente, ¿está este(a) niño(a) siendo cuidado(a) por un pariente de manera habitual? Esto puede incluir a los abuelos, hermanos y hermanas, o cualquier pariente que no sea(n) usted/los padres/tutores o guardianes de este(a) niño(a).

Sí → PASE A LA H3

No

→ **H2. ¿Alguna vez ha recibido este(a) niño(a) cuidado por un pariente de manera habitual?**

Sí → PASE A LA H2A

No → PASE A LA H16 en la página 30

H2A. ¿Cuántos años y meses de edad tenía este(a) niño(a) cuando algún pariente lo/la cuidó por primera vez de manera habitual?

Edad en años

Edad en meses

PASE A LA H16 en la página 30

H3. ¿Cuántos años y meses de edad tenía este(a) niño(a) cuando algún pariente lo/la cuidó por primera vez de manera habitual?

Edad en años

Edad en meses

H4. Cuántos diferentes arreglos de cuidado habituales tiene actualmente con parientes?

Por favor no incluya el cuidado dado por un padre o tutor/guardián que vive en el hogar de este(a) niño(a) o en algún otro lado.

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

H5. Quisiéramos más información sobre el pariente que cuida más a este(a) niño(a) actualmente. ¿Quién es el pariente que cuida a este(a) niño(a)?

Por favor no incluya el cuidado dado por un padre o tutor/guardián que vive en el hogar de este(a) niño(a) o en algún otro lado.

- Abuelo(a)
- Tía
- Tío
- Hermano
- Hermana
- Otro pariente

H6. ¿Cuántos días a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado por parte de este pariente?

Días por semana

H7. ¿Cuántas horas a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado por parte de este pariente?

Ponga las horas por semana como horas completas.

Horas por semana

H8. ¿Por cuánto tiempo ha sido cuidado(a) este(a) niño(a) por este pariente en el último año?

- De uno a dos meses
- De tres a cinco meses
- De seis a ocho meses
- De nueve a once meses
- Doce meses



H9. ¿En qué idioma habla mayormente el pariente de este(a) niño(a) cuando lo/la cuida?

- Inglés
- Español
- Un idioma europeo, aparte del español, como francés, alemán o ruso
- Un idioma o dialecto chino
- Un idioma filipino
- Un idioma del sudeste asiático como el vietnamita, tailandés o khmer
- Un idioma del Asia del Sur como el hindi o tamil
- Otro idioma asiático como el japonés o coreano
- Un idioma del Medio Oriente como el árabe o farsi
- Un idioma africano como el swahili o amhárico
- Otro(s) idioma(s) (Por favor, especifique)

H10. ¿Tiene este pariente 18 años de edad o más?

- Sí
- No

Head Start con un pariente

H11. Head Start es un programa preescolar patrocinado por el gobierno federal, principalmente para niños de familias con ingresos bajos. ¿Es Head Start alguno de los arreglos habituales de cuidado infantil que este(a) niño(a) tiene con parientes?

Head Start es un programa de educación temprana patrocinado por el gobierno federal para mejorar la preparación escolar de niños de bajos recursos que suelen tener entre 3 y 5 años de edad. Head Start se puede ofrecer en una variedad de lugares (en centros u hogares). Para esta pregunta, estamos interesados en los servicios de Head Start en un programa de cuidado infantil familiar en un hogar privado donde el/la niño(a) es cuidado por alguien que es un pariente del niño o de la niña pero que no es ninguno de sus padres. Si su niño(a) participa en un programa Head Start en un hogar donde uno de los padres es el cuidador, marque No.

- Sí
- No
- No sabe

}

H12. ¿El pariente que cuida más tiempo a este(a) niño(a) (el que usted mencionó en la página anterior) lo/la está cuidando como parte de un programa de Head Start?

Para esta pregunta, estamos interesados en los servicios de Head Start en un programa de cuidado infantil familiar en un hogar privado donde el/la niño(a) es cuidado por alguien que es un pariente del niño o de la niña pero que no es ninguno de sus padres.

- Sí →
- No

H13. ¿Cuántos días a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado por parte de un pariente en Head Start?

Días por semana

H14. ¿Cuántas horas a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado por parte de un pariente en Head Start?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

Otros parientes

H15. Si a este niño(a) lo/la cuidan más de un pariente de manera habitual, ¿cuántas horas a la semana cuida cualquier otro pariente a este(a) niño(a)?

No incluya el cuidado dado por un padre o tutor/guardián que vive en el hogar o en algún otro lado. Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

- Marque aquí si no recibe cuidado por parte de otros parientes



Ahora quisiéramos saber de cualquier cuidado que recibe este(a) niño(a) de personas que no son parientes en una casa privada, sin incluir los centros de cuidado infantil.

Cuidado en una casa por parte de alguien que no es un pariente

Cuidado por alguien que no es pariente es proporcionado por alguien que no es pariente de este(a) niño(a) en una casa privada. La casa privada puede ser el hogar de este(a) niño(a), el hogar de la persona a cargo del cuidado u otra casa. **Si hay al menos un padre en el hogar**, cualquier persona no pariente que vive en el hogar es elegible para ser considerado como un arreglo del cuidado infantil, si ese cuidado se hace en un horario de manera habitual. **Si ninguno de los padres vive en el hogar** no incluya el cuidado que proporcionan los tutores o guardianes que viven con el/la niño(a) (a ellos se los considera igual que a los padres). Los arreglos o programas para cuidado infantil por personas no parientes pueden ser con pago o sin pago.

De manera habitual: Un arreglo o programa que se lleva a cabo en un horario de rutina (es decir que ocurre al menos semanalmente o en otro tipo de horario). No incluya babysitting ocasional ni algún arreglo alternativo por si acaso, que se usa solo de vez en cuando.

H16. Actualmente, ¿está este(a) niño(a) siendo cuidado(a) de manera habitual en una casa privada por alguien que no sea pariente de él/ella (incluyendo el cuidado que recibe antes o después de la escuela)? Esto incluye a los proveedores de cuidado infantil en el hogar, **babysitters** habituales o vecinos. Esto no incluye los centros de cuidado infantil.

Sí → PASE A LA H18

No

→ H17. ¿Alguna vez ha recibido este(a) niño(a) cuidado en una casa privada por parte de alguien que no sea un pariente de manera habitual?

Sí → PASE A LA H17A

No → PASE A LA H31 en la página 32

H17A. ¿Cuántos años y meses tenía este(a) niño(a), cuando alguien que no era un pariente lo cuidó por primera vez de manera habitual en una casa privada?

Edad en años

Edad en meses

PASE A LA H31 en la página 32

H18. ¿Cuántos años y meses de edad tenía este(a) niño(a) cuando alguien que no era un pariente lo/la cuidó por primera vez de manera habitual en una casa privada?

Edad en años

Edad en meses

H19. ¿Cuántos diferentes arreglos de cuidado habituales tiene actualmente con personas que no son parientes?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

H20. Quisiéramos más información sobre la persona que no es pariente y que cuida más a este(a) niño(a) actualmente. ¿Ese cuidado es en su hogar (de usted) o en otra casa?

- En mi casa
- En otra casa
- En ambos lados/Varía

H21. ¿Cuántos días a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de esa persona?

Días por semana

H22. ¿Cuántas horas a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de esa persona?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana



H23. ¿Por cuánto tiempo ha sido cuidado(a) este(a) niño(a) por la persona que no es su pariente en el último año?

- De uno a dos meses
- De tres a cinco meses
- De seis a ocho meses
- De nueve a once meses
- Doce meses

H24. ¿En qué idioma habla mayormente la persona que no es pariente de este(a) niño(a) cuando lo/la cuida?

- Inglés
- Español
- Un idioma europeo, aparte del español, como francés, alemán o ruso
- Un idioma o dialecto chino
- Un idioma filipino
- Un idioma del sudeste asiático como el vietnamita, tailandés o khmer
- Un idioma del Asia del Sur como el hindi o tamil
- Otro idioma asiático como el japonés o coreano
- Un idioma del Medio Oriente como el árabe o farsi
- Un idioma africano como el swahili o amhárico
- Otro(s) idioma(s) (Por favor, especifique)

H25. ¿Tiene esta persona que no es pariente 18 años de edad o más?

- Sí
- No

Head Start con alguien que no es pariente

H26. Head Start es un programa preescolar patrocinado por el gobierno federal, principalmente para niños de familias con ingresos bajos. ¿Alguno de los arreglos habituales de cuidado infantil que este(a) niño(a) tiene con personas que no son parientes es Head Start?

Head Start es un programa de educación temprana patrocinado por el gobierno federal para mejorar la preparación escolar de niños de bajos recursos que suelen tener entre 3 y 5 años de edad. Head Start se puede ofrecer en una variedad de lugares (en centros u hogares). Para esta pregunta, estamos interesados en los servicios de Head Start en un programa de cuidado infantil familiar en un hogar privado donde este(a) niño(a) es cuidado por alguien que no es uno de sus padres y no es pariente de este(a) niño(a).

- Sí
- No
- No sabe

} PASE A LA H30 en la página 32

H27. ¿La persona que no es pariente que cuida más tiempo a este(a) niño(a) (la que usted mencionó en la página anterior) lo/la está cuidando como parte de un programa de Head Start?

Para esta pregunta, estamos interesados en los servicios de Head Start en un programa de cuidado infantil familiar en un hogar privado donde este(a) niño(a) es cuidado por alguien que no es uno de sus padres y no es pariente de este(a) niño(a).

- Sí →
- No

PASE A LA H30 en la página 32

H28. ¿Cuántos días a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de esa persona en Head Start?

Días por semana

H29. ¿Cuántas horas a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de esa persona en Head Start?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana



Otras personas que no son parientes

H30. Si a este(a) niño(a) lo/la cuida más de una persona que no es pariente de manera habitual, ¿cuántas horas a la semana cuidan a este(a) niño(a) esta(s) personas que no son parientes?

Por favor no incluya el cuidado dado por un padre o tutor/guardián que vive en el hogar o en algún otro lado. Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

Marque aquí si no recibe cuidado por parte de personas que no son parientes

Cuidado infantil en un centro

Las siguientes preguntas son sobre cualquier cuidado infantil que recibe este(a) niño(a) de centros de cuidado infantil, guarderías o *nurseries*, programas preescolares, prekínder o programas de antes o después de la escuela.

*Incluya cualquier tipo de programa formal que provea cuidado y supervisión. Puede ser en la escuela del niño o de la niña o en otro lugar, como una iglesia o un edificio independiente. Programas de Head Start, centros de cuidado infantil, guarderías o *nurseries*, programas preescolares y prekínder, que incluyen niños que están ahora en kindergarten (de los cuales algunos pueden ser patrocinados por el estado).*

H31. Actualmente, ¿está este(a) niño(a) en un centro de cuidado infantil o en un programa de antes o después de la escuela en una escuela o en un centro de manera habitual?

Sí → PASE A LA H33

No

→ **H32. ¿Ha asistido este(a) niño(a) alguna vez de manera habitual a un centro de cuidado infantil, una guardería o *nursery*, programas preescolares, prekínder o programas de antes o después de la escuela en una escuela o en un centro?**

Sí → PASE A LA H32A

No → PASE A LA H47 en la página 35

H32A. ¿Cuántos años y meses tenía este(a) niño(a) cuando asistió por primera vez a algún centro de cuidado infantil, guardería o *nursery*, programa preescolar, prekínder o programa de antes o después de la escuela de manera habitual?

Edad en años

Edad en meses

PASE A LA H47 en la página 35

H33. ¿Cuántos años y meses de edad tenía este(a) niño(a) cuando asistió por primera vez a algún centro de cuidado infantil, guardería o *nursery*, programa preescolar, prekínder o programa de antes o después de la escuela de manera habitual?

Edad en años

Edad en meses



H34. ¿A cuántos centros de cuidado infantil, guarderías o *nurseries*, programas preescolares, prekínder, o programas de antes o después de la escuela asiste este(a) niño(a) actualmente de manera habitual?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

H35. ¿Dónde está ubicado el programa al que este(a) niño(a) más asiste? Por ejemplo, ¿está en su propio edificio, en una escuela, en un lugar de servicios religiosos, o en algún otro lugar?

- En su propio edificio
- Una escuela primaria, escuela intermedia o *junior high*, o un *high school* pública
- Una escuela primaria, escuela intermedia o *junior high*, o *high school* privada
- Un *college* o universidad
- Una iglesia, mezquita, sinagoga u otro lugar de servicios religiosos
- El hogar de usted
- El hogar de otra persona
- Un centro comunitario
- Una biblioteca pública
- Un edificio o tienda que comparte paredes con otros negocios
- Más de un lugar
- Algún otro lugar

H36. ¿Cuántos días a la semana va este(a) niño(a) a ese programa?

Días por semana

H37. ¿Cuántas horas a la semana va este(a) niño(a) a ese programa?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

H38. ¿Por cuánto tiempo ha sido cuidado(a) este(a) niño(a) en ese programa en el último año?

- De uno a dos meses
- De tres a cinco meses
- De seis a ocho meses
- De nueve a once meses
- Doce meses

H39. ¿En qué idioma habla mayormente el principal proveedor de cuidado infantil o principal maestro de este(a) niño(a) cuando lo/la cuida?

- Inglés
- Español
- Un idioma europeo, aparte del español, como francés, alemán o ruso
- Un idioma o dialecto chino
- Un idioma filipino
- Un idioma del sudeste asiático como el vietnamita, tailandés o khmer
- Un idioma del Asia del Sur como el hindi o tamil
- Otro idioma asiático como el japonés o coreano
- Un idioma del Medio Oriente como el árabe o farsi
- Un idioma africano como el swahili o amhárico
- Otro(s) idioma(s) (Por favor, especifique)

H40. Cuando el maestro de este(a) niño(a) envía a su hogar algunas notas o boletines de información, ¿están escritos en un idioma que usted habla?

- Sí
- No



Head Start en un centro de cuidado infantil, guardería o *nursery*, programa preescolar o prekínder

H41. Head Start es un programa preescolar patrocinado por el gobierno federal, principalmente para niños de familias con ingresos bajos. ¿Es Head Start alguno de los arreglos de cuidado de este(a) niño(a) en un centro de cuidado infantil, guardería o *nursery*, programa preescolar o prekínder?

Para esta pregunta, estamos interesados en los servicios de Head Start en un centro.

Sí

No

No sabe

} **PASE A LA H46**

H42. ¿Es un programa de Head Start el arreglo de cuidado infantil de este(a) niño(a) en un centro de cuidado infantil, guardería o *nursery*, preescolar o programa de prekínder en el que este(a) niño(a) pasa más tiempo (el que usted mencionó en la página anterior)?

Sí



PASE A LA H45

No

H43. ¿Cuántos días a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de Head Start?

Días por semana

H44. ¿Cuántas horas a la semana recibe este(a) niño(a) cuidado de Head Start?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

H45. ¿Alguno de los centros de cuidado infantil, las guarderías o *nurseries*, los programas preescolares o los prekínder es un programa preescolar o de prekínder financiado por el estado?

Programa preescolar o prekínder financiado por el estado: Los programas preescolares o prekínder financiados por el estado son programas de cuidado infantil que están pagados por el estado. En algunos estados, los programas son para todos los niños, mientras que en otros son solamente para algunos niños, tales como aquellos con familias de bajos ingresos. Los programas financiados por el estado pueden funcionar en lugares públicos o privados y pueden ser de medio tiempo o de tiempo completo. Muchos programas de prekínder financiados por el estado funcionan por medio de programas de cuidado infantil.

Sí

No

No sabe

Otros centros de cuidado infantil, guarderías o *nurseries*, o programas preescolares o de prekínder

H46. Si este(a) niño(a) asiste a más de un centro de cuidado infantil o programa de antes o después de la escuela de manera habitual, ¿cuántas horas a la semana cuidan a este(a) niño(a) en otro(s) centro(s) de cuidado infantil o programa(s) de antes o después de la escuela de manera habitual?

Ponga las horas por semana en horas completas.

Horas por semana

Marque aquí si no recibe cuidado infantil de ningún otro centro de cuidado infantil o programas de antes o después de la escuela



Si este(a) niño(a) recibe cuidado con un pariente, con una persona que no es pariente, o en un centro de cuidado infantil o un programa de antes o después de la escuela, continúe. En caso contrario, PASE A LA pregunta H55 en la página 37.

Cuidado infantil en el que este(a) niño(a) pasa más tiempo

Para las preguntas que van desde la H47 hasta la H50, por favor responda sobre el arreglo de cuidado infantil en el que este(a) niño(a) pasa más tiempo actualmente.

H47.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro(a)	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Me siento bienvenido(a) y cómodo(a) con las personas en el arreglo de cuidado de este(a) niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estar en este arreglo de cuidado ha sido bueno para este(a) niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Las personas que cuidan a este(a) niño(a) en este arreglo están haciendo bien las cosas para él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tengo confianza en las personas que cuidan a este(a) niño(a) en este arreglo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El arreglo de cuidado de este(a) niño(a) lo/la está preparando bien para la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H48. ¿Aproximadamente a qué distancia de su hogar diría que está el arreglo de cuidado infantil al que asiste este(a) niño(a)?

- Menos de 1/8 de milla (menos de 3 cuadras o bloques)
- De 1/8 de milla a 1/4 de milla (de 3 a 5 cuadras o bloques)
- Más de 1/4 de milla, pero menos de 1/2 milla (de 6 a 9 cuadras o bloques)
- De 1/2 milla a menos de 1 milla (de 10 a 19 cuadras o bloques)
- De una milla a 2.5 millas
- De 2.6 millas a 5 millas
- De 5.1 millas a 7.5 millas
- De 7.6 millas a 10 millas
- 10.1 millas o más

H49. ¿Aproximadamente a qué distancia de su hogar diría que está el arreglo de cuidado infantil al que asiste este(a) niño(a)?

- Menos de 5 minutos
- Entre 5 y 10 minutos
- Entre 11 y 15 minutos
- Entre 16 y 20 minutos
- Entre 21 y 30 minutos
- A más de 30 minutos

H50. ¿Cómo lleva a este(a) niño(a) generalmente al arreglo de cuidado infantil al que él/ella asiste?

- Caminando
- Manejando
- Transporte público
- De otra manera (Por favor, especifique)



H51. Aunque muchos factores son importantes cuando se elige el cuidado infantil o un programa preescolar, ¿cuáles de los siguientes factores fueron los TRES MÁS IMPORTANTES para usted? Por favor elija solo tres opciones.

Para mí, los TRES (3) factores MÁS IMPORTANTES fueron que el programa de cuidado infantil...

- Ofrece un horario conveniente (por ejemplo, es un programa de día completo u ofrece cuidado antes y después de la escuela)
- Ofrece servicios para niños con necesidades especiales
- Enseña a los niños a llevarse bien con los demás
- Queda en un lugar conveniente (cerca de su casa, trabajo o transporte público)
- Tiene cuidador(es)/maestro(s) cálido(s) y afectuoso(s)
- Proporciona un ambiente seguro y limpio
- Proporciona transporte
- Es gratis o era la opción menos cara
- Enseña a los niños letras, números y otras destrezas académicas
- Acepta pagos de un programa estatal de asistencia para cuidado infantil
- También sirve a mis otros hijos (por ejemplo, el programa está ubicado en una escuela donde está inscripto un(a) hermano(a) mayor)
- Filosofía de enseñanza (por ejemplo, Montessori, Reggio Emilia, etc.)
- Tiene programas especializados (por ejemplo, enseñanza en dos idiomas)
- Queda en el mismo lugar donde hay un *kindergarten*
- Tiene buena reputación o alta calificación (por ejemplo, escuchó cosas buenas de la escuela por parte de amigos, familiares vecinos etc.)
- Da buenos servicios por el costo
- Promueve la diversidad racial/cultural
- Se usa un idioma que no es inglés para la enseñanza

H52. Ahora seleccione las DOS cosas que MÁS SE NECESITA MEJORAR en el programa de cuidado infantil o pre-escolar de este(a) niño(a). Por favor seleccione solo dos cosas.

Las DOS (2) cosas que MÁS SE NECESITA MEJORAR en el programa de cuidado infantil o preescolar de este(a) niño(a) son:

- Ofrecer horarios más convenientes
- Estar en una ubicación más conveniente
- No está ayudando a mi niño(a) a aprender (por ejemplo, yo quisiera que mi niño(a) practicara más cómo desarrollar sus aptitudes sociales o sus destrezas escolares académicas)
- La manera en que el proveedor de cuidado infantil/maestro(a) interactúa con mi niño(a) (por ejemplo, yo quisiera que el proveedor de cuidado infantil/maestro(a) de mi niño(a) fuera más cálido(a) y afectuoso(a))
- El ambiente en el programa de cuidado infantil o preescolar (por ejemplo, yo quisiera que el programa fuera más atrayente, con más libros y juguetes para mi niño(a))
- La manera como el proveedor de cuidado infantil/maestro(a) se comunica conmigo acerca de mi niño(a) (por ejemplo, yo quisiera que el proveedor de cuidado infantil/maestro(a) me hablara más sobre el progreso de mi niño(a))
- El costo
- Otra cosa (Por favor, especifique)
- Nada. Si no hay nada que usted cambiaría sobre su programa de cuidado infantil/preescolar, haga una marca aquí.



H53. ¿Alguien en alguno de los arreglos de cuidado de este(a) niño(a) se ha comunicado con usted u otro adulto en su hogar sobre cualquier problema de comportamiento que él/ella esté teniendo, como:

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Morder
- Ser agresivo(a)
- No seguir instrucciones
- Ser excesivamente activo(a)
- Ser impulsivo(a) o tener poco o nada de autocontrol
- Otro problema de comportamiento
- Ninguno de estos → PASE A LA H57

H54. ¿Qué tan útiles fueron los consejos o asistencia de este o estos arreglos de cuidado infantil para tratar los problemas de comportamiento de este(a) niño(a)?

- Muy útiles
- Algo útiles
- Nada útiles
- No recibió asistencia ni consejos

H55. ¿Alguna vez le han pedido que retire a este(a) niño(a) de un lugar de cuidado infantil por el resto del día porque él/ella estaba teniendo uno o más problemas de comportamiento, como morder, ser agresivo(a), no seguir instrucciones, ser excesivamente activo(a), ser impulsivo(a) o tener muy poco o nada de autocontrol?

- Sí
- No

H56. ¿Alguna vez le han pedido que retire a este(a) niño(a) del lugar de cuidado infantil y que ya no lo/la traiga más?

- Sí
- No

H57. Aparte del cuidado infantil que usted ya mencionó, ¿en dónde más recibió cuidado este(a) niño(a) en el último año?

Si este(a) niño(a) no recibió cuidado en ningún otro lado en el último año, marque "Ningún otro arreglo".

Marque todas las respuestas que correspondan.

- Programa de Head Start (Head Start es un programa de *prekindergarten* patrocinado por el gobierno federal principalmente para niños de familias de bajos ingresos)
 - Preescolar en una escuela pública
 - Un centro de educación temprana, un centro de cuidado infantil, un centro parroquial de cuidado infantil o una guardería que no es Head Start
 - Un programa de cuidado infantil en una casa o un programa de cuidado infantil familiar
 - Un programa de "día extendido", es decir, cuidado de antes o después del horario de clases en la escuela normal del niño o de la niña
 - Cuidado a cargo de uno de los padres
 - Cuidado a cargo por cualquier otro miembro de la familia o de su hogar
 - Cuidado a cargo de alguien distinto a un miembro de su familia o de su hogar
 - Otro cuidado (Por favor, especifique)
-
- Ningún otro arreglo





Sección I

I1. Ahora quisiera preguntarle sobre la salud de este(a) niño(a). ¿Diría que la salud de este(a) niño(a) es...

- Excelente,
- Muy buena,
- Buena,
- Regular, o
- Mala?

I2. En una semana normal, ¿cuántos días hace este(a) niño(a) ejercicios que le hagan respirar rápidamente, transpirar y que aceleren su corazón durante 20 minutos o más?

Días por semana

I3. ¿Cuánto mide su niño(a), sin zapatos?

Puede dar la estatura aproximada.

Pies/
Metros

Pulgadas/
Centímetros

- Pies y Pulgadas
- Metros y Centímetros
- No sabe

I4. ¿Cuánto pesa este(a) niño(a) sin zapatos?

Puede dar el peso aproximado.

Libras/
Kilos

- Libras
- Kilos
- No sabe

I5. Por favor, responda a las siguientes preguntas basando sus respuestas en cómo es este(a) niño(a) en comparación a otros niños de su misma edad.

	Mejor que otros niños de su edad	Igual de bien que otros niños	No tan bien como otros niños	Bastante menos bien que otros niños
a. Este(a) niño(a) es independiente y se vale por sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Este(a) niño(a) presta atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Este(a) niño(a) aprende, piensa y resuelve problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Este(a) niño(a) tiene buena coordinación en sus movimientos de brazos y piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Este(a) niño(a) se comporta y se relaciona con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Este(a) niño(a) se comporta y se relaciona con adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El nivel de actividad general de este(a) niño(a) es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I6. ¿Tiene este(a) niño(a) alguna dificultad emocional o psicológica?

Sí

No → **PASE A LA I8 en la página 39**



I7. ¿Piensa usted que esto es un problema leve, un problema moderado o un problema serio?

- Problema leve
- Problema moderado
- Problema serio

I8. ¿Le ha dicho algún profesional de la salud, de educación o de intervención temprana que este(a) niño(a) está “en riesgo” de sufrir problemas de salud, de discapacidades físicas, de aprendizaje o de comportamiento?

- Sí
- No

I9. ¿Alguna vez le han diagnosticado a este(a) niño(a) con una discapacidad?

- Sí
- No

I10. ¿Ha recibido este(a) niño(a) alguna vez servicios de un programa llamado Servicios de Intervención Temprana o ha tenido un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés)?

Servicios de Intervención Temprana son servicios para una familia con un(a) niño(a) al que se ha identificado como alguien que tiene un retraso del desarrollo y/o una condición de salud específica, cuando el/la niño(a) está entre recién nacido y 3 años de edad. Un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés) es un plan desarrollado para apoyar a los niños y a las familias involucradas en intervención temprana (desde el nacimiento a 3 años de edad).

- Sí
- No → PASE A LA I12

I11. ¿Está este(a) niño(a) recibiendo actualmente servicios de un programa llamado Servicios de Intervención Temprana o tiene un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

I12. ¿Alguna vez este(a) niño(a) ha recibido algún servicio a través de un Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)?

Un Programa Educativo Individualizado (IEP) es un plan para niños de 3 años o más que han sido identificados como que necesitan servicios de educación especial y servicios relacionados.

- Sí
- No → PASE A LA I14

I13. ¿Está este(a) niño(a) recibiendo actualmente algún servicio a través de un Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

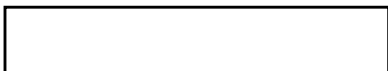
I14. ¿Alguna vez este(a) niño(a) ha recibido algún servicio a través de un plan 504?

Un plan 504 es un plan formal que usan las escuelas para proporcionar facilidades a niños con discapacidades. Un plan 504 no incluye enseñanza individualizada. Para ser elegibles para participar en un plan 504, los niños no necesitan calificar para servicios de educación especial.

- Sí
- No → PASE A LA Sección J en la página 40

I15. ¿Está este(a) niño(a) recibiendo actualmente algún servicio a través de un plan 504?

- Sí
- No





Sección J

Ahora quisiéramos preguntar sobre su relación con este(a) niño(a) y las maneras en que le disciplina.

J1. Por favor piense si cada afirmación es completamente cierta, mayormente cierta, algo cierta o para nada cierta.

	Completamente cierta	Mayormente cierta	Algo cierta	Nada cierta
a. A menudo este(a) niño(a) y yo tenemos momentos cálidos y cercanos juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La mayor parte del tiempo siento que a este(a) niño(a) le gusta cómo soy y que quiere estar junto a mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aun cuando estoy de mal humor, le demuestro a este(a) niño(a) mucho cariño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Expreso cariño a este(a) niño(a) a través de abrazos, besos y tenerle en brazos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ser padre/madre es más difícil de lo que me imaginaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Este(a) niño(a) hace cosas que realmente me molestan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Me doy cuenta que sacrifico más de mi vida de lo que esperaba para satisfacer las necesidades de este(a) niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Con frecuencia me siento enojado(a) con este(a) niño(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. ¿Alguna vez le ha dado una nalgada a este(a) niño(a)?

Sí

No



PASE A LA J4

J3. Algunas veces los niños hacen lo que se les dice y otras no. ¿Más o menos cuántas veces le ha dado unas nalgadas a este(a) niño(a) en la última semana, si es que lo ha hecho?

--	--

Número de veces

J4. Durante los últimos 12 meses, ¿diría que usted sufrió mucho estrés, una cantidad moderada de estrés, relativamente poco estrés o casi nada de estrés?

Mucho estrés

Una cantidad moderada de estrés

Relativamente poco estrés

Casi nada de estrés



Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a) 1 que vive en el hogar.

Ahora quisiéramos preguntar acerca de la educación de los padres de este(a) niño(a).

En las siguientes preguntas responda sobre usted mismo(a) si usted es uno de los padres, tutores o guardianes de este(a) niño(a).

Si usted no es uno de los padres, tutores o guardianes de este(a) niño(a), responda las siguientes preguntas acerca de uno de los padres, tutores o guardianes de este(a) niño(a) que vive en este hogar.

J5. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que este padre, madre, tutor(a) o guardián(a) ha completado?

- Nunca fue a la escuela
- 1º grado
- 2º grado
- 3º grado
- 4º grado
- 5º grado
- 6º grado
- 7º grado
- 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado pero sin diploma
- Equivalente a *high school*/GED
- Diploma de *high school*
- Programa vocacional/técnico posterior a *high school* pero sin diploma vocacional/técnico
- Diploma de programa vocacional/técnico posterior a *high school*
- Algo de *college* pero sin título
- Grado asociado
- Título de bachelor
- Estudios de posgrado o profesionales pero sin obtener título
- Maestría (MA, MS)
- Doctorado (PhD, EdD)
- Título profesional posterior al título de bachelor (medicina/MD; odontología/DDS; leyes/JD/LLB, etc.)

J6. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la situación actual de empleo de este(a) padre, madre, tutor(a) o guardián(a)?

- Trabaja tiempo parcial (menos de 35 horas a la semana)
- Trabaja tiempo completo (35 horas o más a la semana)
- Padre, madre o guardián(a)/tutor(a) que se queda en casa
- No está trabajando



Padre/Madre/Tutor(a) o guardián(a) 2 que vive en el hogar

Ahora quisiéramos preguntar acerca de la educación de otro de los padres, tutores o guardianes de este(a) niño(a) que vive en el hogar, si es que hay alguno más.

Responda las siguientes preguntas sobre otro de los padres, tutores o guardianes de este(a) niño(a) que vive en este hogar.

Si no hay otro(a) padre, madre, tutor(a) o guardián(a), PASE A LA pregunta J9

J7. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que este padre, madre, tutor(a) o guardián(a) ha completado?

- Nunca fue a la escuela
- 1º grado
- 2º grado
- 3º grado
- 4º grado
- 5º grado
- 6º grado
- 7º grado
- 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado pero sin diploma
- Equivalente a *high school*/GED
- Diploma de *high school*
- Programa vocacional/técnico posterior a *high school* pero sin diploma vocacional/técnico
- Diploma de programa vocacional/técnico posterior a *high school*
- Algo de *college* pero sin título
- Grado asociado
- Título de bachelor
- Estudios de posgrado o profesionales pero sin obtener título
- Maestría (MA, MS)
- Doctorado (PhD, EdD)
- Título profesional posterior al título de bachelor (medicina/MD; odontología/DDS; leyes/JD/LLB; etc.)

J8. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la situación actual de empleo de este(a) padre, madre, tutor(a) o guardián(a)?

- Trabaja tiempo parcial (menos de 35 horas a la semana)
- Trabaja tiempo completo (35 horas o más a la semana)
- Padre, madre o guardián(a)/tutor(a) que se queda en casa
- No está trabajando

J9. En estudios como éste, algunas veces se agrupan los hogares de acuerdo a sus ingresos. ¿Cuánto fueron los ingresos totales de todas las personas de su hogar durante el último año, incluyendo los salarios u otros ingresos, intereses, jubilación y demás para todos los miembros del hogar?

- \$5,000 o menos
- Entre \$5,001 y \$10,000
- Entre \$10,001 y \$15,000
- Entre \$15,001 y \$20,000
- Entre \$20,001 y \$25,000
- Entre \$25,001 y \$30,000
- Entre \$30,001 y \$35,000
- Entre \$35,001 y \$40,000
- Entre \$40,001 y \$45,000
- Entre \$45,001 y \$50,000
- Entre \$50,001 y \$55,000
- Entre \$55,001 y \$60,000
- Entre \$60,001 y \$65,000
- Entre \$65,001 y \$70,000
- Entre \$70,001 y \$75,000
- Entre \$75,001 y \$100,000
- Entre \$100,001 y \$200,000
- \$200,001 o más

J10. ¿Cuál fue el total de los ingresos de su hogar durante el año pasado, redondeando a miles?

\$.00



J11. ¿Cobran matrícula o colegiatura o una cuota en cualquiera de los programas de cuidado infantil o educación temprana a los que este(a) niño(a) asiste?

- Sí
 - No
 - Este(a) niño(a) no asiste cuidado infantil ni a un programa de cuidado y educación temprana.
- } **PASE A LA J13**

J12. ¿Usa usted un voucher de subsidio para cuidado infantil que paga parte o todo el costo del cuidado infantil actual de este(a) niño(a) o del programa de cuidado y educación temprana de este(a) niño(a)?

- Sí
- No

J13. ¿Está usted u otro padre, madre, tutor(a) o guardián(a) planeando mudarse con este(a) niño(a) antes del otoño de 2020?

- Sí
- No

Muchas gracias por su cooperación y por dedicar el tiempo para participar en el Estudio Longitudinal de la Primera Infancia. Por favor envíenos su encuesta en el sobre prepagado que le enviamos con la encuesta.

**Early Childhood Longitudinal Survey
1600 Research Blvd, RC B16
Rockville, MD 20850**



Estudio Longitudinal de la Primera Infancia



¡Gracias por
responder a nuestra
encuesta en la
primavera pasada!

Ahora que ha comenzado el año escolar, tenemos algunas preguntas sobre las experiencias educativas actuales de su niño o niña.

Esta encuesta es parte del Estudio Longitudinal de la Primera Infancia que lleva a cabo el Centro Nacional para Estadísticas de Educación del Departamento de Educación de los Estados Unidos.

Como muestra de nuestro agradecimiento por su tiempo, le hemos dado \$5.

Una vez que usted haya completado la encuesta, **por favor envíela de regreso en el sobre prepagado que le enviamos con esta carta.**

Gracias por su tiempo.

La foto es solamente para propósitos ilustrativos. Cualquier persona que aparezca en la foto es un modelo.

El Centro Nacional para Estadísticas de Educación (NCES, por sus siglas en inglés) está autorizado a hacer el Estudio Longitudinal de la Primera Infancia (ECLS, por sus siglas en inglés) por el Acta de la Reforma de las Ciencias de la Educación de 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). La firma Westat, una organización que realiza estudios y está basada en los Estados Unidos, está recopilando los datos para NCES. Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151). Según lo establece el Acta de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información si la misma no contiene un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para recolectar esta información que se proporciona voluntariamente es 1850-0750. Se calcula que el tiempo necesario para completar este pedido de información es en promedio de 10 minutos aproximadamente por participante, incluyendo el tiempo que lleva revisar las instrucciones, juntar los datos necesarios, y completar y revisar la información que se solicita. Si usted tiene algún comentario con respecto a la precisión del cálculo de tiempo, sugerencias para mejorar esta encuesta, o cualquier comentario o inquietud acerca del estatus del envío de su encuesta individual, por favor escriba directamente a: Early Childhood Longitudinal Study, National Center for Education Statistics, PCP, 550 12th St., SW, 4th floor, Washington, DC 20202. #1850-0750 v19. Vence 30/11/2022.



Draft

Instrucciones:

- Por favor use lapicero negro o azul para completar esta encuesta.
- Ponga una para marcar cuál es su respuesta.
- Si desea cambiar su respuesta, rellene por completo el cuadrado y marque la respuesta correcta.
- Junto a algunas opciones de respuesta hay flechas e instrucciones para PASAR a una pregunta. Estas le ayudarán a moverse por la encuesta y llegar a las preguntas que son apropiadas para usted.

Quisiéramos hacerle preguntas sobre el niño o la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió junto con esta encuesta.

Toda la información que usted proporcione podrá usarse solamente para propósitos estadísticos y no podrá divulgarse ni usarse de manera que permita identificar a los participantes para ningún otro propósito, salvo que lo requiera la ley (20 U.S.C. §9573 y 6 U.S.C. §151).

1. ¿Sigue viviendo con usted el niño o la niña cuyo nombre aparece en la carta que usted recibió con esta encuesta?

Sí

No

2. ¿Actualmente este(a) niño(a)...

Marque todas las respuestas que correspondan.

No va a la escuela?

Va a una escuela pública o privada, incluyendo programas preescolares?

Está bajo cuidado infantil en un centro EN VEZ de ir a una escuela pública o privada?

Está bajo cuidado infantil en una casa EN VEZ de ir a una escuela pública o privada?

Recibe enseñanza escolar en casa (*homeschooling*) EN VEZ de ir a una escuela pública o privada (incluyendo programas preescolares) para algunas o todas sus clases?

3. ¿Actualmente, en qué año o grado escolar, o su equivalente, está este(a) niño(a)?

Programas preescolares o cuidado infantil para niños de edad preescolar en un hogar o un centro incluye programas de educación para la primera infancia, cuidado infantil o guardería en un centro, nursery, programa preescolar, prekínder, o cuidado infantil por parte de un pariente que no sea uno de los padres/tutores o guardianes, o alguien que no es su pariente ni tutor o guardián.

Kindergarten incluye Kindergarten Transicional (TK, por sus siglas en inglés), Kindergarten Transicional Temprano (ETK, por sus siglas en inglés), Preparación para Kindergarten, Grado de Transición o Pre Primer Grado, o un programa equivalente al kindergarten aunque no lleve número de grado o tenga varios grados.

Programa preescolar o cuidado infantil para niños de edad preescolar en un hogar o un centro

Kindergarten

Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

Quinto o más alto

Ninguno de estos

4. ¿Está este(a) niño(a) asistiendo a {SCHOOL NAMED IN SPRING PARENT SURVEY/NOS FALTA EL NOMBRE DE LA ESCUELA}?

Si no se le proporcionó el nombre de la escuela, responda "no" en esta pregunta.

Sí

No

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional con alguna parte de esta encuesta, por favor llame al 1-855-898-2018.



Draft

5. ¿Asiste este(a) niño(a) a una escuela pública o a una escuela privada para *kindergarten*?

- Escuela pública (o en escuela pública y en *homeschooling*)
- Escuela privada
- Está en *homeschooling* solamente
- No va a la escuela

} PASE AL Cuadro 9

6. ¿Cuál es el nombre de la escuela pública a la cual asiste este(a) niño(a) para *kindergarten*?

Por favor proporcione el nombre completo de la escuela y la dirección postal de la escuela en letras mayúsculas de imprenta:

Nombre de la escuela

Dirección de la escuela - línea 1

Dirección de la escuela - línea 2

Ciudad de la escuela

Estado de la escuela

Código postal de la escuela

7. ¿Se ha mudado usted desde febrero de 2020?

- Sí
- No PASE AL Cuadro 9

8. ¿Cuál es el código postal de su nueva dirección?

Código postal

Cuadro 9

¡Gracias por participar en el Estudio Longitudinal de la Primera Infancia! Por favor envíenos su encuesta completada en el sobre prepagado que le enviamos con la encuesta.

