

CASE ID:

**Section A. Cuestionario de selección**

A1. **¿Hay menores de 0-17 años que vivan en este hogar?**

1  NO IF NO, STOP HERE. THIS IS THE END OF THE SURVEY]

2  SÍ

A2. **¿Cuántos menores de 0-17 años viven en este hogar?**

NÚMERO DE MENORES QUE VIVEN O PERMANECEN EN ESTA DIRECCIÓN

A3. **¿Cuál es el idioma principal hablado en el hogar?**

1  INGLÉS

2  ESPAÑOL

3  OTRO IDIOMA, FAVOR ESPECIFICAR

Responda las preguntas restantes para cada uno de los menores de 0-17 años que viven en esta dirección.

Comience por el de menos edad; a quien llamaremos "Menor 1" y continúe con el que le sigue, hasta haber respondido las preguntas para todos los menores que viven o permanecen habitualmente en esta dirección.

A4. **MENOR 1**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A5. **¿El menor es de origen hispano, latino o español?**

1  No, no es de origen hispano, latino o español

2  Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano

3  Sí, puertorriqueño

4  Sí, cubano

5  Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A6. **¿Cuál es la raza de este menor? ELIJA UNA O MÁS.**

- 1  BLANCO
- 2  NEGRO O AFROESTADOUNIDENSE
- 3  INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA
- 4  INDÍGENA ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR
- 5  CHINO
- 6  FILIPINO
- 7  JAPONÉS
- 8  COREANO

- 9  VIETNAMITA
- 10  OTRO ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR

- 11  NATIVO DE HAWÁI
- 12  GUAMANIAN OR CHAMORRO
- 13  SAMOANO
- 14  OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO, FAVOR ESPECIFICAR

A7. **¿Cuál es el sexo del menor?**

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

A8. **¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.**

AÑOS (O)   MESES

*IF THIS CHILD IS YOUNGER THAN 4 YEARS OLD, GO TO A10.*

A9. **PUERTO RICO: ¿Cuán bien habla español este menor?**

*ALL OTHER JURISDICTIONS: ¿Cuán bien habla inglés este menor?*

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  No muy bien
- 4  Nada en absoluto

A10. **¿ Actualmente este menor necesita o usa medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO A11]

→ **[IF YES] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a ALGUNA condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO A11]

→ **[IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?**

- 1  SÍ
- 2  NO

A11. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A12]

→ [IF YES] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A12]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A12. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A13]

→ [IF YES] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a ALGUNA condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A13]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A13. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A14]

→ [IF YES] ¿Esto se debe a ALGUNA condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A14]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A14. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el que necesite tratamiento o consejería?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A15]

→ [IF YES] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

IF RESPONDENT HAS ANOTHER CHILD, CONTINUE WITH A15. ELSE CONTINUE WITH SECTION B.

A15. **MENOR 2**

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?.

A16. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- 1  No, no es de origen hispano, latino o español
- 2  Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
- 3  Sí, puertorriqueño
- 4  Sí, cubano
- 5  Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A17. ¿Cuál es la raza de este menor? ELIJA UNA O MÁS.

- |                                                                       |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> BLANCO                                     | 8 <input type="checkbox"/> COREANO                                      |
| 2 <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROESTADOUNIDENSE                 | 9 <input type="checkbox"/> VIETNAMITA                                   |
| 3 <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA | 10 <input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR            |
| 4 <input type="checkbox"/> INDÍGENA ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR       |                                                                         |
|                                                                       | 11 <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI                             |
|                                                                       | 12 <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO                       |
|                                                                       | 13 <input type="checkbox"/> SAMOANO                                     |
|                                                                       | 14 <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO, FAVOR ESPECIFICAR |

A18. ¿Cuál es el sexo del menor?

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

A19. ¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.

AÑOS (O)  MESES

IF THIS CHILD IS YOUNGER THAN 4 YEARS OLD, GO TO A21.

A20. PUERTO RICO: ¿Cuán bien habla español este menor?

ALL OTHER JURISDICTIONS: ¿Cuán bien habla inglés este menor?

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  No muy bien
- 4  Nada en absoluto

A21. ¿**Actualmente** este menor necesita o usa este menor **actualmente** medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A22]

→ **[IF YES]** ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a **alguna** condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A22]

→ **[IF YES]** ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A22. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A23]

→ **[IF YES]** ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a **alguna** condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A23]

→ **[IF YES]** ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A23. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A24]

→ **[IF YES]** ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a **alguna** condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A24]

→ **[IF YES]** ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A24. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A25]

→ [IF YES] ¿Esto se debe a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A25]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A25. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el que necesite tratamiento o consejería?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A26]

→ [IF YES] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

IF RESPONDENT HAS ANOTHER CHILD, CONTINUE WITH A26. ELSE CONTINUE WITH SECTION B.

A26. **MENOR 3**

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A27. ¿El menor es de origen hispano, latino o español?

- 1  No, no es de origen hispano, latino o español  
2  Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano  
3  Sí, puertorriqueño  
4  Sí, cubano  
5  Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A28. **¿Cuál es la raza de este menor? ELIJA UNA O MÁS.**

- 1  BLANCO
- 2  NEGRO O AFROESTADOUNIDENSE
- 3  INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA
- 4  INDÍGENA ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR
- 5  CHINO
- 6  FILIPINO
- 7  JAPONÉS

- 8  COREANO
- 9  VIETNAMITA
- 10  OTRO ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR
- 11  NATIVO DE HAWÁI
- 12  GUAMANIAN OR CHAMORRO
- 13  SAMOANO
- 14  OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO, FAVOR ESPECIFICAR

A29. **¿Cuál es el sexo del menor?**

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

A30. **¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.**

AÑOS (O)  MESES

*IF THIS CHILD IS YOUNGER THAN 4 YEARS OLD, GO TO A32.*

A31. **PUERTO RICO: ¿Cuán bien habla español este menor?**

*ALL OTHER JURISDICTIONS: ¿Cuán bien habla inglés este menor?*

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  No bien
- 4  Nada en absoluto

A32. **¿Necesita o usa este menor actualmente medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO A33]

→ **[IF YES] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO A33]

→ **[IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?**

- 1  SÍ
- 2  NO

A33. ¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A34]

→ [IF YES] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A34]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A34. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A35]

→ [IF YES] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A35]

→ [IF YES] ¿Se trata de una afección que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A35. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A36]

→ [IF YES] ¿Esto se debe a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A36]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A36. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A37]

→ [IF YES] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevee que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO



IF RESPONDENT HAS ANOTHER CHILD, CONTINUE WITH A37. ELSE CONTINUE WITH SECTION B.

A37. **MENOR 4**

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A38. **¿El menor es de origen hispano, latino o español?**

- 1  No, no es de origen hispano, latino o español
- 2  Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
- 3  Sí, puertorriqueño
- 4  Sí, cubano

5  Sí, otro origen hispano, latino o español, *favor especificar*

A39. **¿Cuál es la raza de este menor? ELIJA UNA O MÁS.**

- 1  BLANCO
- 2  NEGRO O AFROESTADOUNIDENSE
- 3  INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA
- 4  INDÍGENA ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR

- 5  CHINO
- 6  FILIPINO
- 7  JAPONÉS
- 8  COREANO
- 9  VIETNAMITA
- 10  OTRO ASIÁTICO, FAVOR ESPECIFICAR

- 11  NATIVO DE HAWÁI
- 12  GUAMANIAN OR CHAMORRO
- 13  SAMOANO
- 14  OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO, FAVOR ESPECIFICAR



A40. **¿Cuál es el sexo del menor?**

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

A41. **¿Cuántos años tiene este menor? Si el menor tiene menos de un mes de edad, redondear la edad en meses a 1.**

AÑOS (O)   MESES

*IF THIS CHILD IS YOUNGER THAN 4 YEARS OLD, GO TO A43.*

A42. **PUERTO RICO: ¿Cuán bien habla español este menor?**

*ALL OTHER JURISDICTIONS: ¿Cuán bien habla inglés este menor?*

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  No bien
- 4  Nada en absoluto

A43. **¿Necesita o usa este menor actualmente medicamentos recetados por un médico que no sean vitaminas?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO A44]

→ **[IF YES] ¿Este menor necesita medicamentos recetados debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO A44]

→ **[IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?**

- 1  Sí
- 2  NO

A44. **¿Este menor necesita o utiliza más atención médica o servicios de salud mental o educativos que lo habitual para la mayoría de los menores de la misma edad?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO A45]

→ **[IF YES] ¿Este menor necesita atención médica o servicios de salud mental o educativos debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO A45]

→ **[IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?**

- 1  Sí
- 2  NO

A45. ¿Este menor está limitado o impedido de alguna manera de hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden hacer?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A46]

→ [IF YES] ¿Las habilidades de este menor se encuentran limitadas debido a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A46]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A46. ¿Este menor necesita o recibe terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A47]

→ [IF YES] ¿Esto se debe a alguna condición médica, de comportamiento u otro problema de salud?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A47]

→ [IF YES] ¿Se trata de una condición que ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

A47. ¿Tiene este menor algún tipo de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el que necesite tratamiento o asesoría?

- 1  SÍ  
2  NO [GO TO A48]

→ [IF YES] ¿Su problema emocional, del desarrollo o del comportamiento ha durado o se prevé que durará 12 meses o más?

- 1  SÍ  
2  NO

IF THERE ARE NO OTHER CHILDREN, CONTINUE TO SECTION B.

IF THERE ARE MORE THAN FOUR CHILDREN 0-17 YEARS OLD WHO USUALLY LIVE OR STAY AT THIS ADDRESS, LIST THE AGE AND SEX FOR EACH. DO NOT REPEAT INFORMATION FOR CHILDREN ALREADY INCLUDED FOR CHILD 1 THROUGH CHILD 4.

A48. **MENOR 5**

¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?

A49. ¿Cuántos años tiene este menor?

AÑOS (O)  MESES

A50. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

A51. **MENOR 6**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A52. **¿Cuántos años tiene este menor?**

AÑOS (O)  MESES

A53. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

A54. **MENOR 7**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A55. **¿Cuántos años tiene este menor?**

AÑOS (O)  MESES

A56. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

A57. **MENOR 8**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A58. **¿Cuántos años tiene este menor?**

AÑOS (O)  MESES

A59. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

A60. **MENOR 9**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A61. **¿Cuántos años tiene este menor?**

AÑOS (O)  MESES

A62. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

A63. **MENOR 10**

**¿Cuál es el primer nombre, las iniciales o el apodo de este menor?**

A64. **¿Cuántos años tiene este menor?**

AÑOS (O)   MESES

A65. **¿Cuál es el sexo del menor?**

1  MASCULINO

2  FEMENINO

**Section B. La salud de este menor**

*Tenemos algunas preguntas de seguimiento para hacer acerca de [SPECIFY CHILD]. Estas preguntas recogerán información más detallada sobre diversos aspectos de la salud del menor, incluyendo su estado de salud, visitas a proveedores médicos, costos de atención médica y cobertura de seguro de salud. Hemos elegido solo un menor por hogar a fin de minimizar la cantidad de tiempo necesaria para completar las preguntas de seguimiento.*

B1. **En general, ¿cómo describiría la salud de este menor?**

1  Excelente

2  Muy buena

3  Buena

4  Regular

5  Mala

1  NO SÉ

1  PREFIERO NO RESPONDER

B2. **¿Cómo describiría la condición de los dientes de este menor?**

1  Excelente

2  Muy buena

3  Buena

4  Regular

5  Mala

6  EL MENOR NO TIENE DIENTES

1  NO SÉ

1  PREFIERO NO RESPONDER

B3. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido este menor dificultad frecuente o crónica con alguno de los siguientes?**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
B3a. Respirar u otros problemas respiratorios (tales como sibilancia o falta de aire)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3b. Comer o tragar debido a una condición médica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3c. Digerir los alimentos, incluyendo problemas estomacales/intestinales, constipación o diarrea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3d. Dolor físico repetido o crónico, incluyendo dolores de cabeza u otros dolores de espalda o corporales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3e. Uso de sus manos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3f. Coordinación o movimiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3g. Dolores de muelas/dientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3h. Sangrado de encías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3i. Dientes con caries o deteriorados	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B3j. Infecciones de oído	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

B4. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**¿Tiene este menor alguno de los siguientes?**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
B4a. Sordera o problemas de audición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B4b. Ceguera o problemas de la visión, aunque tenga espejuelos o lentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

B5. ¿El médico u otro proveedor del salud alguna vez le ha dicho que el menor tiene alguno de los siguientes? De ser así, ¿tiene el menor esa condición actualmente?

	¿Alguna vez?	¿Actualmente?	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
B5a. Asma	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5b. Diabetes	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5c. Síndrome de Down	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5d. Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migraña	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5e. Lesión cerebral, conmoción cerebral o lesión de la cabeza	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5f. Ansiedad	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5g. Depresión	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5h. Autismo, ASD, Trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas in inglés), trastorno de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo (PDD, por sus siglas en inglés)	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5i. Trastorno por Déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés) o Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5j. Retraso en el desarrollo	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5k. Problemas del comportamiento o de conducta	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B5l. Discapacidad intelectual (también conocida como retraso mental)	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	7 7 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>



	¿Alguna vez?	¿Actualmente?	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
<b>B5m. Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje</b>	1 <input type="checkbox"/> Yes	1 <input type="checkbox"/> Yes	7 7	99 <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
<b>B5n. Discapacidad de aprendizaje</b>	1 <input type="checkbox"/> Yes	1 <input type="checkbox"/> Yes	7 7	99 <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
<b>B5o. Otra condición de salud mental</b>	1 <input type="checkbox"/> Yes	1 <input type="checkbox"/> Yes	7 7	99 <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	

B6. **Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los problemas o condiciones de salud del menor afectaron su capacidad de hacer cosas que otros niños de su edad hacen?**

- 1  ESTE MENOR NO TIENE CONDICIONES MÉDICAS [GO TO B8]
- 2  Nunca [GO TO B8]
- 3  A veces
- 4  Generalmente
- 5  Siempre
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B7. **¿En qué medida los problemas de salud o condiciones médicas del menor afectan su capacidad para hacer cosas?**

- 1  Muy poco
- 2  Un poco
- 3  Muchísimo
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B8. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]**

**¿Un médico u otro proveedor del salud alguna vez le ha dicho que este menor tiene un Trastorno de abuso de sustancias? El trastorno de abuso de sustancias se produce cuando el consumo frecuente o continuo de alcohol y/o drogas ha causado problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de importantes responsabilidades en la escuela, el trabajo o el hogar.**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO B9]
- 1  NO SÉ [GO TO B9]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO B9]

→ **[IF YES] ¿tiene el menor esa condición actualmente?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO B9]
- 1  NO SÉ [GO TO B9]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO B9]

→ **[IF YES] es:**

- 1  Leve
- 2  Moderado
- 3  Grave
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B9. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]

¿Tiene este menor alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
B9a. Gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9b. Gran dificultad para caminar o subir escaleras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9c. Dificultad para vestirse o bañarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9d. Dificultad para hacer mandados solo como, por ejemplo, visitar un consultorio médico o hacer compras, debido a una condición física, mental o emocional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9e. Sordera o problemas de audición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B9f. Ceguera o problemas de la visión, aunque lleve espejuelos o lentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

B10. ¿Un médico u otro proveedor del salud alguna vez le ha dicho que el menor tuvo...

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
B10a. enfermedad cardíaca reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B10b. fiebre reumática?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
B10c. impétigo (u otras infecciones de la piel)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**[IF YES TO RHEUMATIC HEART DISEASE OR FEVER] ¿Toma algún medicamento para esta condición?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF YES] ¿Toma medicamentos orales (píldoras) o recibe una inyección?**

- 1  MEDICAMENTOS ORALES (PÍLDORAS) [GO TO B11]
- 2  INYECCIÓN [GO TO B11]

→ **[IF NO] ¿Por qué no? MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.**

- 1  No puedo costearlo.
- 2  No tengo transporte.
- 3  Nadie puede llevar a mi hijo(a) al hospital.
- 4  No es importante

5   ESPECIFICAR

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B11. **¿Un médico u otro proveedor médico alguna vez le ha dicho que este menor tuvo problemas en la sangre, como leucemia, anemia o la enfermedad de células falciformes? Favor no incluir Rasgo drepanocítico.**

*[READ IF NECESSARY]: Los niños con anemia tienen problemas con la sangre que pueden hacer que se sientan muy cansados.*

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

*Ahora le haré algunas preguntas sobre la prevención de lesiones para su hijo(a).*

B12. **¿Usted o algún otro adulto que forme parte de la vida de su hijo habló con el niño sobre evitar la violencia o prevenir lesiones? Por ejemplo, los peligros de jugar en la calle, subir a árboles y nadar en el mar.**

- 1  Sí, sobre evitar la violencia
- 1  Sí, sobre prevenir lesiones
- 2  Ambos
- 3  Ninguno
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B13. **¿Acompaña a su hijo(a) en actividades al aire libre como nadar o jugar?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B14. ***[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]***

**Cuando su hijo(a) pasea en bicicleta, ¿con qué frecuencia usa casco?**

- 1  MI HIJO(A) NO CORRE EN BICICLETA
- 2  Nunca usa casco
- 3  Raramente usa casco
- 4  A veces usa casco
- 5  Usa casco la mayoría de las veces
- 6  Siempre usa casco
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B15. ***[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-11 YEARS OLD]***

**¿Con qué frecuencia su hijo(a) viaja en el asiento protector para niños (care seat) o asiento elevado (booster)?**

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  A veces
- 4  Rara vez
- 5  Nunca *[IF CHILD 0-5 YEARS OLD, GO TO B17; IF CHILD 6-11 YEARS OLD, GO TO C1]*
- 6  MI HIJO NO ANDA EN AUTOMÓVILES *[IF CHILD 0-5 YEARS OLD, GO TO B17; IF CHILD 6-11 YEARS OLD, GO TO C1]*
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B16. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-11 YEARS OLD]**

**¿Dónde está ubicado el asiento protector de su hijo(a) en su automóvil?**

- 1  Pasajero delantero
- 2  Detrás del pasajero delantero
- 3  Detrás del conductor
- 4  Medio del asiento trasero
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

B17. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**¿Las vacunas de su hijo(a) están al día?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section C. Este niño, cuando era bebé**

C1. **¿Nació el niño más de 3 semanas antes de la fecha prevista para el parto?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

C2. **¿ Cuánto pesó al nacer? Responda en libras y onzas o en kilogramos y gramos.**

**Proporcione un valor aproximado. [IF NEEDED, READ]:** Con un valor aproximado basta. No es necesario que sea exacto.

LIBRAS Y   ONZAS

KILOGRAMOS Y   GRAMOS

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

C3. **¿Cuántos años tenía usted cuando nació este niño?**

AÑOS

C4. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD]**

**¿Actualmente, en qué posición suele poner al bebé a dormir?**

- 1  De costado o de lado
- 2  Boca arriba
- 3  Boca abajo
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

C5. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD. ELSE GO TO SECTION D]**

**¿Este niño alguna vez fue amamantado, lactado, o tomó leche materna?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO C6]
- 1  NO SÉ [GO TO C6]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO C6]

**[IF YES] ¿qué edad tenía el/la niño(a) cuando dejó de mamar, lactar, o tomar leche materna por completo?**

- DÍAS (O)
- SEMANAS (O)
- MESES (O)
- AÑOS
- EL NIÑO/LA NIÑA AÚN TOMA LECHE MATERNA
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

C6. **¿ Qué edad tenía su hijo cuando le dio de comer por primera vez algo que no sea leche materna o fórmula? Eso incluye jugo, leche de vaca, agua azucarada, cereal o comida para bebés, o cualquier otra cosa que pueda haberle dado a su hijo, incluso agua.**

- DÍAS (O)   SEMANAS (O)   MESES
- AL NACER
- MARQUE ESTA CASILLA SI EL BEBÉ NUNCA INGIRIÓ NADA QUE NO FUERA LECHE MATERNA O FÓRMULA
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section D. Servicios de atención médica**

D1. **Durante los últimos 12 meses, ¿visitó este menor a un médico, enfermero u otro profesional de la salud para el cuidado de niño enfermo, chequeos para el niño sano, chequeo preventivo, exámenes físicos, hospitalizaciones o cualquier otro tipo de atención médica?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO D2]
- 1  NO SÉ [GO TO D2]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO D2]

→ **[IF YES] Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces visitó este menor a un médico, enfermero u otro profesional del cuidado de la salud para un chequeo preventivo? El chequeo preventivo es cuando el niño no está enfermo o lesionado, tal como un exámen físico anual o para deporte, o una visita estando sano visita preventiva.**

- 1  0 VISITAS
- 2  1 VISITA
- 3  2 VISITAS O MÁS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

D2. **¿Está preocupado por el peso de este niño?**

- 1  Sí, pesa demasiado
- 2  Sí, pesa muy poco
- 3  No, no estoy preocupado(a)
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

D3. **¿Cuál es la altura (medida) actual de ese niño? Sírvase proporcionar un valor aproximado. [IF NEEDED, READ]:** Con un valor aproximado basta. No es necesario que sea exacto.

PIES Y   PULGADAS  
  METRO Y   CENTÍMETROS

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**[How was the measurement taken? ]DO NOT READ TO RESPONDENT**

- 1  RESPONDENT ESTIMATE
- 2  MEASURED ON SITE

D4. **¿Cuánto pesa en la actualidad ese niño? Sírvase proporcionar un valor aproximado. [IF NEEDED, READ]:** Con un valor aproximado basta. No es necesario que sea exacto.

LIBRAS Y   ONZAS  
  KILOGRAMOS Y   GRAMOS

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**[How was the measurement taken? ]DO NOT READ TO RESPONDENT**

1  RESPONDENT ESTIMATE

2  MEASURED ON SITE

D5. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿los médicos u otros profesionales de la salud del menor le preguntaron si le preocupa el aprendizaje, desarrollo o comportamiento de este menor?**

1  SÍ

2  NO

1  NO SÉ

1  PREFIERO NO RESPONDER



D6. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

[IF THIS CHILD IS YOUNGER THAN 9 MONTHS, GO TO D7]

**Durante los últimos 12 meses, ¿un médico u otro proveedor del salud le pidió que usted u otro cuidador llenaran un cuestionario sobre inquietudes específicas u observaciones que usted pueda tener sobre el desarrollo, la comunicación o los comportamientos sociales de este menor? A veces, el médico del niño u otro proveedor del salud le pide a uno de los padres que haga esto en su casa o durante una visita del niño.**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO D7]
- 1  NO SÉ [GO TO D7]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO D7]

→ [IF THIS CHILD IS 9-23 MONTHS]

**¿Preguntaba el cuestionario sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:**  
*MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.*

- 1  Cómo este menor habla o como hace sonidos del habla?
- 2  Cómo este menor interactúa con usted y con los demás?
- 3  RESPONDENT SAID NEITHER QUESTION WAS ASKED
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

[IF THIS CHILD IS 2-5 YEARS]

**¿Preguntaba el cuestionario sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:**  
*MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.*

- 1  Palabras y frases que este niño utiliza y entiende?
- 2  Cómo este menor se comporta y cómo se lleva con usted y los demás?
- 3  RESPONDENT SAID NEITHER QUESTION WAS ASKED
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

D7. **¿Hay algún lugar al que este menor generalmente va cuando está enfermo(a) o usted u otro cuidador necesitan consulta sobre su salud?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO D8]
- 1  NO SÉ [GO TO D8]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO D8]

→ [IF YES] **¿Dónde suele acudir ese niño?**

- 2  Consultorio médico privado
- 4  Sala de emergencias de hospital
- 5  Departamento de pacientes ambulatorios de hospital
- 6  Clínica médica comunitaria, clínica comunitaria o clínica médica pública
- 7  Escuela (enfermería, oficina del entrenador deportivo)
- 8  Dispensario del pueblo
- 9  Otro lugar, *SÍRVASE ESPECIFICAR*
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

D8. ¿Hay algún lugar al que este menor generalmente va cuando necesita atención preventiva de rutina, como un examen físico o un chequeo del niño sano?

- 1  SÍ
- 2  NO [IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD, GO TO D9; ELSE IF CHILD 6-17 YEARS OLD, GO TO D10]
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

[IF YES] ¿es el mismo lugar al que va cuando está enfermo(a)?

- 1  SÍ
- 2  NO

D9. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]

¿En los últimos 12 meses, ¿este niño recibió a alguno de los siguientes tipos de atención o servicios médicos? **Marque todo lo que corresponda.** La medicina alternativa puede incluir TOcupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, medicina herbaria tradicional y demás. Algunas terapias implican consultar a un proveedor de atención médica, mientras que otras puede practicarlas usted mismo.

- 1  Atención médica
- 2  Atención de la vista
- 3  Atención de los oídos
- 4  Atención dental u oral
- 5  Servicios de salud mental
- 6  Atención o tratamiento de medicina alternativa
- 7  Ninguno de ellos [GO TO D10]

- 1  NO SÉ [GO TO D10]  
 1  PREFIERO NO RESPONDER[GO TO D10]

**[IF YES] ¿En qué tipo de lugar o lugares se examinó la vista de este niño? Marque todo lo que corresponda.**

- 1  Consultorio de oculista u de otro especialista de la vista (oftalmólogo, optometrista)  
 2  Consultorio privado de pediatra u otro médico  
 3  Clínica médica comunitaria, clínica comunitaria o clínica médica pública  
 4  Escuela  
 5  Otro lugar, *SÍRVASE ESPECIFICAR*

D10. **Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que este menor necesitó cuidado de la salud pero no lo recibió o el mismo no estaba disponible? Con cuidado de la salud, nos referimos a atención médica así como otros tipos de cuidados como atención dental, atención de la visión y servicios de salud mental.**

- 1  SÍ  
 2  NO [GO TO D12]  
 1  NO SÉ [GO TO D12]  
 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO D12]

**[IF YES] ¿Qué tipos de atención no recibió o no se ofrecían? Marque todo lo que corresponda.**

- 1  Atención médica  
 2  Atención dental u oral  
 3  Atención de la vista  
 4  Atención de los oídos  
 5  Servicios de salud mental  
 6  CAR

D11. **¿Cuáles de los siguientes contribuyeron para que este menor no recibiera servicios de salud necesarios:**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
D11a. ¿Este menor no era elegible para los servicios?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D11b. ¿Los servicios que este menor necesitaba no estaban disponibles en su área?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D11c. ¿Hubo problemas para conseguir una cita cuando el menor la necesitó?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D11d. ¿Hubo problemas para conseguir transporte o el cuidado infantil?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D11e. ¿El consultorio (del médico/de la clínica) no estaba abierto cuando este menor necesitó atención?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
D11f. ¿Hubo problemas relacionadas con el costo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

D12. **En los últimos 12 meses, ¿llevaron alguna vez a este niño al hospital?** *Sírvase incluir visitas a salas de emergencia e internaciones de una noche.*

- 1  Sí
- 2  No
- 1  SE NIEGA A RESPONDER
- 1  SE NIEGA A RESPONDER

→ **[IF YES] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces llevaron a este niño al hospital por una lesión?** Cuando hablamos de "lesión" nos referimos a heridas o daños físicos causados por accidentes o ataques. Las lesiones pueden ser, por ejemplo, fracturas de huesos, torceduras, cortes, quemaduras, mordeduras/picaduras o daños por haber sufrido un golpe con algún objeto.

INTRODUCZA LA CANTIDAD

- 1  NO SÉ
- 1  SE NIEGA A RESPONDER

**Section E. Experiencia con los proveedores médicos de este menor**

E1. **¿Hay una o más personas que usted considere el médico o enfermero(a) personal de este menor? Un médico o enfermero(a) personal es un profesional médico que conoce bien al menor y está familiarizado con su historial de salud. Puede ser un médico general, un pediatra, un médico especialista, un(a) enfermero(a) practicante o un asistente de médico.**

- 1  SÍ, UNA PERSONA
- 2  SÍ, MÁS DE UNA PERSONA
- 3  NO

E2. **Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó este menor un referido para algún médico o para algún servicio?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO E3]
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF YES] ¿cuán difícil fue conseguir los referidos?**

- 1  No fue difícil
- 2  Un poco difícil
- 3  Muy difícil

E3. **[ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ONLY IF THIS CHILD HAD A HEALTH CARE VISIT IN THE PAST 12 MONTHS. OTHERWISE, GO TO E4.]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores médicos del menor:**

	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
E3a. dedicaron suficiente tiempo a este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3b. prestaron atención a lo que usted tenía que decir?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3c. demostraron ser sensibles a los valores y las costumbres de su familia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3d. respondieron a las preguntas que usted tenía sobre este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E3e. hicieron que se sintiera partícipe del cuidado de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

E4. **¿Alguien le ayuda a coordinar la atención de este menor por parte de los diferentes médicos o servicios que utiliza?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 3  NO VISITÓ A MÁS DE UN PROVEEDOR MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES [GO TO E7]

E5. **Durante los últimos 12 meses, ¿sintió que hubiera necesitado ayuda adicional para coordinar la atención de este menor por parte de los diferentes médicos o servicios que utiliza?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO E6]

→ **[IF YES] durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia obtuvo toda la ayuda que quería para coordinar la atención médica de este menor?**

- 1  Generalmente
- 2  A veces
- 3  Nunca

E6. **En general, ¿cuán satisfecho(a) está usted con la comunicación entre los médicos y otros proveedores médicos de este menor?**

- 1  Muy satisfecho(a)
- 2  Un poco satisfecho(a)
- 3  Un poco insatisfecho(a)
- 4  Muy insatisfecho(a)
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

E7. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]**

¿Alguno de los médicos u otros proveedores médicos de este menor atiende solo a niños?

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO E8]
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF YES]** ¿han conversado con usted sobre en algún momento llevar al menor a ver a médicos u otros proveedores médicos que tratan a adultos?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

E8. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]**

¿El médico u otro proveedor del salud de este menor ha trabajado activamente con este menor para:

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
E8a. pensar y planear para su futuro. Por ejemplo, tomarse el tiempo para discutir planes futuros relacionados con la educación, el trabajo, las relaciones y el desarrollo de habilidades para la vida independiente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8b. tomar decisiones positivas sobre su salud. Por ejemplo, comer de manera saludable, hacer ejercicio con regularidad, no consumir tabaco, alcohol u otras drogas, o demorar la actividad sexual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8c. adquirir habilidades para manejar su salud y su atención médica. Por ejemplo, comprender las necesidades de salud actuales, saber qué hacer en una emergencia médica, o tomar medicamentos que necesite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
E8d. comprender los cambios en la atención médica que ocurren a la edad de 18 años. Por ejemplo, ¿al comprender los cambios en la privacidad, el consentimiento, el acceso a la información o la toma de decisiones?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

E9. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD]

¿Han trabajado con usted y con el menor los médicos u otros proveedores médicos en crear un plan escrito para cumplir sus metas de salud y necesidades?

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO E10]
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ [IF YES] ¿Este plan identifica metas de salud específicas para este menor y cualquier necesidad o problema de salud que este menor pueda tener y cómo lograr satisfacer esas necesidades?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

¿Usted y este menor recibieron una copia escrita de este plan de atención?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

¿Este plan se encuentra en este momento actualizado para este menor?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

E10. La elegibilidad para seguro de salud a menudo cambia en la adultez joven. ¿Sabe usted cómo se asegurará este menor al pasar a ser adulto?

- 1  SÍ [GO TO F]
- 2  NO

→ [IF NO] ¿Alguien ha conversado con usted acerca de cómo obtener o conservar algún tipo de cobertura de seguro cuando el menor pase a ser adulto?

- 1  SÍ
- 2  NO

**Section F. La cobertura de seguro de salud de este menor**

F1. **En los últimos 12 meses, ¿este niño tuvo en algún momento cobertura de algún tipo de seguro médico o plan de cobertura médica? Eso incluye cuentas de ahorros para gastos médicos, cobertura médica complementaria y programas de seguro con financiamiento o subsidio del gobierno.**

- 1  Sí, este menor tuvo cobertura los 12 meses o, si tiene menos de 1 año de edad, desde su nacimiento [GO TO F4]
- 2  Sí, pero no tuvo cobertura los 12 meses
- 3  No

F2. **Sírvase indicar si este niño no tuvo cobertura de seguro médico durante los últimos 12 meses por alguna de las siguientes razones:**

	SÍ	NO
F2a. Cambio de empleador o situación laboral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2b. Cancelación por incapacidad de pagar la cuota del seguro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2c. Abandono de la cobertura porque era prohibitiva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2d. Abandono de la cobertura porque las prestaciones eran inadecuadas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2e. Abandono de la cobertura porque las opciones de proveedores de atención médica eran inadecuadas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2f. Problemas con el proceso de solicitud de ingreso o renovación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F2g. Otra razón, <i>sírvase especificar</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>		

F3. **¿Este menor cuenta actualmente con cobertura de algún tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

- 1  SÍ  
 2  NO [GO TO SECTION G]  
 1  NO SÉ [GO TO SECTION G]  
 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO SECTION G]

F4. **¿Este niño tiene cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica? [Interviewer Note: Only read jurisdiction-specific insurance types for your jurisdiction].**

	SÍ	NO
F4a. Seguro médico privado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4b. Seguro mediante su empleador o sindicato actuales o anteriores (o los de su cónyuge)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4c. Medicaid, Medical Assistance o algún tipo de plan de asistencia del gobierno <i>(incluye el Programa Médico para Indigentes de Guam, el Programa Nacional de Seguro Médico de Palaos y el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4d. Otro seguro con financiamiento o subsidio del gobierno <i>(incluye MiCare de Micronesia o del Estado de Chuuk, el Seguro Público de las Islas Marshall y el Fondo Complementario de Salud de las Islas Marshall)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4e. Cuenta de ahorros para gastos médicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4f. Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4g. TRICARE u otro programa de atención médica militar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4h. Servicio de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F4i. Otro tipo, sírvase especificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>		



F5. **¿Con cuánta frecuencia el seguro médico de este niño brinda prestaciones o cubre servicios que satisfagan las necesidades de este niño? Algunos ejemplos son: servicios de atención dental o de la vista, medicamentos recetados, consultas en sala de emergencia, servicios de maternidad, servicios de salud mental y revisiones o pruebas de detección anuales.**

- 1  Siempre
- 2  Generalmente
- 3  A veces
- 4  Nunca
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

F6. **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este menor le permite ver a los proveedores médicos que necesita?**

- 1  Siempre
- 2  Generalmente
- 3  A veces
- 4  Nunca
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section G. El costo de la salud de este menor**

G1. **Incluidos los copagos y los montos de cuentas de ahorros para gastos médicos, ¿cuánto dinero pagó por la atención médica, de la salud, dental y de la vista de este niño en los últimos 12 meses? No incluya primas o costos de seguro de salud que el seguro u otra fuente le reembolsó o le reembolsará.**

- 1  \$0 (NO HUBO GASTOS MÉDICOS O RELACIONADOS CON LA SALUD) [GO TO G4]
- 2  \$1-\$249
- 3  \$250-\$499
- 4  \$500-\$999
- 5  \$1,000-\$5,000
- 6  MÁS DE \$5,000
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

G2. **¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?**

- 1  Siempre
- 2  Generalmente
- 3  A veces
- 4  Nunca
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

G3. **Durante los últimos 12 meses, ¿su familia tuvo dificultad para pagar por las cuentas médicas o de cuidado de la salud para este menor?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

G4. **Durante los últimos 12 meses, ¿usted u otros miembros de la familia:**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
G4a. dejaron de trabajar debido a la salud o las condiciones médicas de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4b. redujeron las horas que trabajan debido a la salud o las condiciones médicas de este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4c. evitaron cambiar de trabajo debido a inquietudes acerca de mantener el seguro de salud para este menor?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
G4d. recibieron ayuda de miembros de la familia extendida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

- G5. **En una semana promedio, ¿cuántas horas usted u otros miembros de la familia dedican a proporcionar cuidado de la salud en el hogar para este menor? El cuidado podría incluir cambiar vendas o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.**
- 1  Este menor no necesita cuidados de salud proporcionados semanalmente  
 2  Ni miembros de la familia ni yo proporcionamos cuidado de la salud en el hogar  
 3  Menos de 1 hora por semana  
 4  1-4 horas por semana  
 5  5-10 horas por semana  
 6  11 o mas horas por semana  
 1  NO SÉ  
 1  PREFIERO NO RESPONDER
- G6. **En una semana promedio, ¿cuántas horas usted u otros miembros de la familia dedican a realizar arreglos para, o coordinar cuidados de la salud o atención médica para este menor como, por ejemplo, programar citas o encontrar servicios?**
- 1  Este menor no necesita cuidados de salud proporcionados semanalmente  
 2  Ni miembros de la familia ni yo proporcionamos cuidado de la salud en el hogar  
 3  Menos de 1 hora por semana  
 4  1-4 horas por semana  
 5  5-10 horas por semana  
 6  11 o mas horas por semana  
 1  NO SÉ  
 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section H. El aprendizaje de este menor**

- H1. **En un día de semana promedio, ¿alrededor de cuánto tiempo pasa generalmente este menor delante de una TV viendo programas de televisión, videos o jugando video juegos?**
- 1  Ningun tiempo  
 2  Menos de 1 hora  
 3  1 hora  
 4  2 horas  
 5  3 horas  
 6  4 o mas horas  
 1  NO SÉ  
 1  PREFIERO NO RESPONDER
- H2. **En un día de semana promedio, ¿alrededor de cuánto tiempo pasa generalmente este menor con computadoras, teléfonos celulares, video juegos portátiles y otros dispositivos electrónicos, haciendo cosas que no sean el trabajo escolar?**
- 1  Ningun tiempo  
 2  Menos de 1 hora  
 3  1 hora  
 4  2 horas  
 5  3 horas  
 6  4 o mas horas  
 1  NO SÉ  
 1  PREFIERO NO RESPONDER

H3. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**¿Cuán bien está aprendiendo este menor a hacer cosas por sí mismo?**

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  Regular
- 4  No está aprendiendo
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H4. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**¿Cuán tranquilo(a) está usted de que este menor tendrá éxito en la escuela primaria?**

- 1  Muy tranquilo(a)
- 2  Mayormente tranquilo(a)
- 3  Un poco tranquilo(a)
- 4  Nada tranquilo(a)
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H5. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿alrededor de cuántos días faltó el menor a la escuela debido a enfermedad o lesión?**

- 1  NO FALTÓ A LA ESCUELA
- 2  1-3 DÍAS
- 3  4-6 DÍAS
- 4  7-10 DÍAS
- 5  11 O MÁS DÍAS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H6. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces la escuela de este menor lo(a) ha contactado a usted u otro adulto en su hogar acerca de algún problema que tiene en la escuela?**

- 1  NUNCA
- 2  1 VEZ
- 3  2 O MÁS VECES
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**[ONLY ASK IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD.]**

Las siguientes dos preguntas se refieren a las intimidaciones (“bullying”). La intimidación es cuando uno o más estudiantes se mofan, golpean, empujan, lastiman, amenazan o hacen correr rumores sobre otro estudiante en repetidas ocasiones. Intimidación no es cuando dos estudiantes con más o menos la misma fuerza física discuten o pelean o se mofan el uno del otro como diversión

H7. **¿Alguna vez intimidaron a su hijo dentro del predio de la escuela**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H8. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 12-17 YEARS OLD.]**

**¿Su hijo fue alguna vez víctima de intimidación electrónica?** (Incluye intimidaciones por mensajes de texto, Instagram, Facebook u otras redes sociales).

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H9. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]**

**Desde el kindergarten, ¿ha repetido este menor algún grado?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

H10. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-17 YEARS OLD]**

**Durante la última semana, ¿cuántos días se ejercitó este menor, participó en un deporte o en actividad física durante al menos 60 minutos?**

- 1  0 DÍAS
- 2  1-3 DÍAS
- 3  4-6 DÍAS
- 4  TODOS LOS DÍAS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section I. Acerca de usted y este menor**

I1. **¿Cuántas veces se ha mudado este menor a una dirección o lugar desde que nació?**

- NÚMERO DE VECES
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

12. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**Durante la semana pasada, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este menor?**

- 1  0 DÍAS
- 2  1-3 DÍAS
- 3  4-6 DÍAS
- 4  TODOS LOS DÍAS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

13. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**Durante la semana pasada, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron cuentos o le cantaron canciones a este menor?**

- 1  0 DÍAS
- 2  1-3 DÍAS
- 3  4-6 DÍAS
- 4  TODOS LOS DÍAS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

14. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD]**

**¿El menor recibe cuidado durante por lo menos 10 horas semanales por parte de alguien que no sea su padre/madre o tutor? Podría ser un centro de cuidados diurnos, preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado infantil familiar, niñera, au pair o pariente.**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

15. **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el niño o la niña tuvo alguna consulta médica por video o teléfono?**
- 1  SÍ  
2  NO
- **[IF YES] ¿Alguna de esas consultas médicas por video o teléfono se debió a la pandemia de coronavirus?**
- 1  SÍ  
2  NO
16. **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿perdió, pospuso u omitió alguna revisión PREVENTIVA del niño o la niña debido a la pandemia de coronavirus?**
- 1  SÍ  
2  NO
17. **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el centro de cuidado infantil de costumbre o la persona a la cual se le delega el cuidado del niño o la niña han estado cerrados o no han estado disponibles en algún momento debido a la pandemia de coronavirus?**
- 1  SÍ  
2  NO

**Section J. Acerca de su familia y su hogar**

- J1. **¿Alguna de las personas que viven en su casa consume cigarrillos, cigarrillos electrónicos o vaporizadores, cigarros, tabaco de pipa, tabaco para mascar, o nuez de betel para mascar?** [READ IF NECESSARY]: Sírvase responder en la medida de sus posibilidades. La nuez de betel es la semilla del fruto de la palmera de areca. También se la conoce como nuez de areca. Mascar nuez de areca es una costumbre generalizada en algunas regiones del sur y el sudeste de Asia y Asia Pacífico. Suele mascársela envuelta en hojas de betel (paan) o con tabaco (mascada de betel).
- 1  SÍ  
2  NO [GO TO J3]  
1  NO SÉ [GO TO J3]  
1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO J3]
- J2. **¿Alguien fuma dentro de su casa?**
- 1  SÍ  
2  NO  
1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER
- J3. **¿Su hijo mascó alguna vez nuez de betel?** [READ IF NECESSARY]: La nuez de betel es la semilla del fruto de la palmera de areca. También se la conoce como nuez de areca. Mascar nuez de areca es una costumbre generalizada en algunas regiones del sur y el sudeste de Asia y Asia Pacífico. Suele mascársela envuelta en hojas de betel (paan) o con tabaco (mascada de betel).
- 1  SÍ  
2  NO  
1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER

J4. **¿Conoce usted los efectos de mascar nuez de betel?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

*Las próximas tres preguntas son sobre dinero.*

J5. **Desde que este menor nació, ¿con cuanta frecuencia se le ha hecho muy difícil arreglárselas con los ingresos de su familia (dificultad para pagar por gastos básicos como alimentos o vivienda)?**

- 1  Nunca
- 2  Raramente
- 3  Con cierta frecuencia
- 4  Muy frecuentemente
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

J6. **La próxima pregunta es acerca de si pudo costear los alimentos que necesita. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la situación alimentaria en su hogar en los últimos 12 meses?**

- 1  Siempre pudimos costear las de comidas nutritivas.
- 2  Siempre pudimos tener suficiente para comer, pero no siempre los tipos de alimentos que deberíamos de ingerir.
- 3  A veces no tuvimos dinero para comprar suficiente para comer.
- 4  Con frecuencia no tuvimos dinero para comprar suficiente para comer.
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

J7. **En algún momento de los últimos 12 meses, aunque sea por un mes, ¿alguien de su familia recibió:**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
<b>J7a. Dinero en efectivo de un programa de asistencia social del gobierno?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>J7b. [Programming note: For Puerto Rico show "Nutrition Assistance Program (NAP) (known as PAN)"] Cupones para alimentos o prestaciones del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>J7c. Desayunos o almuerzos gratuitos o a menor costo en la escuela?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>J7d. [Programming note: Do not show for RMI, Palau, FSM, Puerto Rico] Prestaciones del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>



**Section K. Acerca de usted**

COMPLETE THE QUESTIONS FOR EACH OF THE TWO ADULTS IN THE HOUSEHOLD WHO ARE THIS CHILD'S PRIMARY CAREGIVERS. IF THERE IS JUST ONE ADULT, PROVIDE ANSWERS FOR THAT ADULT.

**K1. Adulto 1**

**¿Qué parentesco tiene con este niño?**

- 1  PADRE O MADRE BIOLÓGICO
- 2  PADRE O MADRE POR ADOPCIÓN
- 3  PADRASTRO O MADRASTRA
- 4  ABUELO O ABUELA
- 5  PADRE O MADRE DE ACOGIDA
- 6  TÍA O TÍO
- 7  OTRO: PARIENTE
- 8  OTRO: SIN PARENTESCO

**K2. ¿Cuál es su sexo?**

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

**K3. ¿Cuál es su edad?**

EDAD EN AÑOS

**K4. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó? MARQUE SOLAMENTE UNO.**

- 1  8° GRADO O MENOS
- 2  9° A 12° GRADO; SIN DIPLOMA
- 3  GRADUADO DE LA ESCUELA SECUNDARIA O GED COMPLETO
- 4  COMPLETÓ UN PROGRAMA ESCOLAR VOCACIONAL, COMERCIAL O DE NEGOCIOS
- 5  ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS, PERO SIN DIPLOMA
- 6  GRADO ASOCIADO (AA, AS)
- 7  GRADO DE BACHILLERATO (BA, BS, AB)
- 8  GRADO DE MAESTERÍA (MA, MS, MSW, MBA)
- 9  DOCTORADO (PHD, EDD) O DIPLOMA PROFESIONAL (MD, DDS, DVM, JD)

**K5. ¿Cuál es su estado civil?**

- 1  CASADO(A) [GO TO K7]
- 2  NUNCA ME CASÉ
- 3  DIVORCIADO(A)
- 4  SEPARADO(A)
- 5  VIUDO(A)
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO K7]

K6. **¿Vive actualmente con su pareja?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K7. **In general, ¿cómo es su salud física?**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K8. **En general, ¿cómo es su salud mental o emocional?**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K9. **¿Estuvo empleado(a) por lo menos 50 de las últimas 52 semanas?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K10. **¿Hay otro adulto en este hogar que sea cuidador o tutor de este menor?**

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO SECTION L]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO SECTION L]

*Nos referiremos a este otro cuidador o tutor ahora como el Adulto 2.*

K11. **¿Qué parentesco tiene el Adulto 2 con este niño?**

- 1  PADRE O MADRE BIOLÓGICO
- 2  PADRE O MADRE POR ADOPCIÓN
- 3  PADRASTRO O MADRASTRA
- 4  ABUELO O ABUELA
- 5  PADRE O MADRE DE ACOGIDA
- 6  TÍA O TÍO
- 7  OTRO: PARIENTE
- 8  OTRO: SIN PARENTESCO

K12. **¿Cuál es el sexo del Adulto 2?**

- 1  MASCULINO
- 2  FEMENINO

K13. **¿Cuál es la edad del Adulto 2?**

EDAD EN AÑOS

K14. **¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó el Adulto 2? MARQUE SOLAMENTE UNO.**

- 1  8° GRADO O MENOS
- 2  9° A 12° GRADO; SIN DIPLOMA
- 3  GRADUADO DE LA ESCUELA SECUNDARIA O GED COMPLETO
- 4  COMPLETÓ UN PROGRAMA ESCOLAR VOCACIONAL, COMERCIAL O DE NEGOCIOS
- 5  ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS, PERO SIN DIPLOMA
- 6  GRADO ASOCIADO (AA, AS)
- 7  GRADO DE BACHILLERATO (BA, BS, AB)
- 8  GRADO DE MAESTERÍA (MA, MS, MSW, MBA)
- 9  DOCTORADO (PHD, EDD) O DIPLOMA PROFESIONAL (MD, DDS, DVM, JD)

K15. **¿Cuál es el estado civil del Adulto 2?**

- 1  CASADO [GO TO K17]
- 2  NUNCA SE CASÓ
- 3  DIVORCIADO(A)
- 4  SEPARADO(A)
- 5  VIUDO(A)
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO K17]

K16. **¿El Adulto 2 vive actualmente con su pareja?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K17. **In general, ¿cómo es la salud física del Adulto 2?**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K18. **En general, ¿cómo es la salud mental o emocional del Adulto 2?**

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

K19. **¿Estuvo empleado(a) el Adulto 2 por lo menos 50 de las últimas 52 semanas?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section L. Su salud**

- L1. Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específicas. ¿Cuándo fue su visita más reciente a un médico para un chequeo de rutina?**
- 1  El año pasado (EN ALGÚN MOMENTO EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES)
  - 2  En los últimos 2 años (MÁS DE 1 AÑO, PERO MENOS DE 2 AÑOS)
  - 3  En los últimos 5 años (MÁS DE 2 AÑOS, PERO MENOS DE 5 AÑOS)
  - 4  5 o más años
  - 5  Nunca
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER
- L2. Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido algún tratamiento o asesoría de un profesional de la salud mental? Los profesionales de la salud mental incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales clínicos.**
- 1  Sí
  - 2  No, pero necesitaba ver a un profesional de la salud mental
  - 3  No, no necesitaba ver a un profesional de la salud mental [GO TO L4]
  - 1  NO SÉ [GO TO L4]
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO L4]
- L3. ¿Cuán difícil fue conseguir el tratamiento o la asesoría de salud mental que necesitaba?**
- 1  No fue difícil
  - 2  Un poco difícil
  - 3  Muy difícil
- L4. Durante su embarazo más reciente, ¿un dentista o higienista dental le realizó una limpieza dental?**
- 1  Sí
  - 2  No
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER
- L5. ¿Quién toma las decisiones de cuidado de su salud?**
- 1  Usted
  - 2  Su cónyuge
  - 3  Usted y su cónyuge/pareja juntos
  - 4  Sus padres
  - 5  OTRA PERSONA; FAVOR ESPECIFICAR
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER

L6. **¿Quién toma las decisiones de cuidado de la salud de su(s) hijo(s)?**

- 1  Usted
- 2  Su cónyuge
- 3  Usted y su cónyuge/pareja juntos
- 4  Sus padres
- 5  OTRA PERSONA; FAVOR ESPECIFICAR
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

Las próximas preguntas son sobre consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas y drogas. Recuerde que toda la información que dé a conocer es confidencial. Solo los integrantes del equipo de investigación tendrán acceso a ella. Sírvase responder en la medida de sus posibilidades.

L7. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?**

- 1  0 DÍAS
- 2  1 O 2 DÍAS
- 3  3 A 5 DÍAS
- 4  6 A 9 DÍAS
- 5  10 A 19 DÍAS
- 6  20 A 29 DÍAS
- 7  LOS 30 DÍAS
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

L8. **¿Toma bebidas alcohólicas, incluyendo bebidas que fabrica en su casa?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

- L9. **Durante su vida, ¿consumió alguna vez alguno de los siguientes productos?:** [READ IF NECESSARY]: La nuez de betel es la semilla del fruto de la palmera de areca. También se la conoce como nuez de areca. Mascar nuez de areca es una costumbre generalizada en algunas regiones del sur y el sudeste de Asia y Asia Pacífico. Suele mascársela envuelta en hojas de betel (paan) o con tabaco (mascada de betel). La funta o fronto es una hoja de tabaco oscura que puede usarse para fumar].

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
L9a. Nuez de betel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9b. Vaporizador o cigarrillo electrónico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9c. Funta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9d. Marihuana (también llamada grass, pot, weed o reefer)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9e. Cocaína, incluyendo el polvo, crack o pasta base	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9f. Heroína (también llamada smack, junk o China White)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9g. Metanfetaminas (también llamadas speed, crystal, crank o ice)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9h. Éxtasis (también llamado MDMA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9i. Marihuana sintética (también llamada K2, Spice, fake weed, King Kong, Yucatan Fire, Skunk o Moon Rocks)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9j. Píldoras o inyecciones de esteroides sin receta médica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
L9k. Analgésicos de venta con receta, sin receta médica o no como el médico le dijo que los tomara? (Cuenta medicamentos como codeína, Vicodin, OxyContin, Hidrocodona y Percocet)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

[IF RESPONDENT CHEWED BETEL NUT, CONTINUE TO L10. ELSE IF RESPONDENT USED ANY OTHER SUBSTANCE IN L9 GO TO L11. ELSE IF NO SUBSTANCES USED, GO TO L12.

- L10. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días mascó nuez de betel?**

- 1  0 DÍAS  
 2  1 O 2 DÍAS  
 3  3 A 5 DÍAS  
 4  6 A 9 DÍAS  
 5  10 A 19 DÍAS  
 6  20 A 29 DÍAS  
 7  LOS 30 DÍAS  
 1  NO SÉ  
 1  PREFIERO NO RESPONDER

**L11. ¿Recibió un referido para, o recibió alguna forma de intervención/asesoría/tratamiento para problemas de abuso de sustancias?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**L12. ¿Su médico o un profesional médico le ha dicho que tiene diabetes del tipo 1 o tipo 2?**

- 1  DIABETES DEL TIPO 1
- 2  DIABETES DEL TIPO 2
- 3  NINGUNA [GO TO L14]
- 1  NO SÉ [GO TO L14]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO L14]

**L13. ¿Toma medicación para esto?**

- 1  Insulina
- 2  Píldoras
- 3  Insulina y píldoras
- 4  No tomo medicación
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**L14. ¿Un médico u otro proveedor de salud alguna vez le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes condiciones...?**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
<b>L14a. enfermedad cardíaca reumática?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>L14b. fiebre reumática?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>L14c. Cáncer cervical</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
<b>L14d. Anemia</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**L15. ¿Cómo describe su peso?**

- 1  Con peso bajísimo
- 2  Peso un poco bajo
- 3  Alrededor del peso ideal
- 4  Ligero sobrepeso
- 5  Gran sobrepeso

**L16. ¿Cuál de los siguientes está intentando hacer con respecto a su peso?**

- 1  Perder peso
- 2  Aumentar de peso
- 3  Mantener el mismo peso
- 4  NO ESTOY INTENTANDO HACER NADA CON RESPECTO A MI PESO

- L17. **En los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo físicamente activo(a) durante un total de por lo menos 60 minutos por día? Suma todo el tiempo que dedicó a algún tipo de actividad física que haya incrementado su ritmo cardíaco y haya agitado su respiración parte del tiempo.**
- 1  0 DÍA
  - 2  1 DÍA
  - 3  2 DÍAS
  - 4  3 DÍAS
  - 5  4 DÍAS
  - 6  5 DÍAS
  - 7  6 DÍAS
  - 8  7 DÍAS
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER

- L18. **¿Está embarazada en este momento?**
- 1  Sí
  - 2  No [GO TO M1]
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER

[IF RESPONDENT IS NOT PREGNANT AND/OR HAS INFANT 12 MONTHS OR YOUNGER, GO TO M1]

*Las próximas preguntas son acerca del virus del Zika. La infección por el virus del Zika es una enfermedad que se propaga mayormente por la picadura de un mosquito, pero que también puede propagarse al tener relaciones sexuales con un hombre que tiene el virus del Zika.*

- L19. **Durante su más reciente embarazo, ¿cuán preocupada estuvo acerca de infectarse con el virus del Zika? Marque UNA respuesta.**
- 1  Muy preocupada
  - 2  Un poco preocupada
  - 3  Nada preocupada
  - 4  NUNCA HABÍA OÍDO ACERCA DEL VIRUS DEL ZIKA EN MI ÚLTIMO EMBARAZO
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER

- L20. **En algún momento durante su último embarazo, ¿habló con un médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca del virus del Zika?**
- 1  No
  - 2  Sí, un profesional de la salud habló conmigo sin que yo preguntara al respecto
  - 3  Sí, un profesional de la salud habló conmigo, pero solo después de que pregunté al respecto
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER

- L21. **Durante su último embarazo, ¿le realizaron un análisis de sangre para detección del virus del Zika?**
- 1  Sí
  - 2  NO [GO TO L23]
  - 1  NO SÉ
  - 1  PREFIERO NO RESPONDER



L22. ¿Se le diagnosticó Zika durante su último embarazo?

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO M1]
- 1  NO SÉ [GO TO M1]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO M1]

**[IF YES]** ¿qué hijo(a) esperaba?

Las próximas preguntas son sobre viajes durante su último embarazo.

L23. Durante su último embarazo, ¿viajó a áreas con el virus del Zika?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF YES]** Durante su último embarazo, ¿conocía las recomendaciones de que las mujeres embarazadas deben evitar viajar a áreas con el virus del Zika?

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF NO]** Durante su embarazo más reciente, ¿evitó viajar a zonas donde está el virus del Zika debido a recomendaciones de que las mujeres embarazadas eviten viajar a esas regiones?

- 2  SÍ
- 3  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**Section M. Información del hogar**

M1. ¿Cuántas personas viven o permanecen en esta dirección? *Incluya a todas las personas que habitualmente viven o permanecen en esta dirección. No incluya a ninguna persona que viva en otro lugar hace durante más de dos meses, como un estudiante universitario que vive lejos o una persona de las Fuerzas Armadas que ha sido destacada.*

NÚMERO DE PERSONAS

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

M2. ¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de la familia? *Se define a familia como cualquier persona relacionada con este menor por sangre, casamiento, adopción o por medio de cuidado de acogida.*

NÚMERO DE PERSONAS

- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

M3. **La siguiente** información se recopila solo para realizar análisis de datos, de manera que MCH pueda evaluar mejor los servicios recibidos y las potenciales necesidades de atención médica de los grupos con diferentes niveles de ingresos. Solo los integrantes del equipo de investigación tendrán acceso a ella. Con un valor aproximado basta. No es necesario que sea exacto. **Piense en los ingresos combinados de todos los integrantes la familia durante el año. ¿Cuál es el monto bruto? Incluya el dinero que ingrese por empleos, manutención, seguro social, jubilación, seguro de desempleo, asistencia pública y demás. También incluya los ingresos recibidos por intereses, dividendos, ganancias netas de una empresa, granja o alquiler, y demás ingresos monetarios recibidos.**

SUMA TOTAL (\$)

- 1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER

**M4. ¿Qué le parece si le doy algunas categorías? Diría que los ingresos de su unidad familiar fueron...**

- 1  Menos de \$10.000  
2  Entre \$10.000 y menos de \$15.000  
3  Entre \$15.000 y menos de \$20.000  
4  Entre \$20.000 y menos de \$25.000  
5  Entre \$25.000 y menos de \$35.000  
6  Entre \$35.000 y menos de \$50.000  
7  Entre \$50.000 y menos de \$75.000  
8  \$75.000 o más  
77  NO SÉ  
99  PREFIERO NO RESPONDER

**Section N. Jurisdiction Specific Module**

*Empezaré por hacer algunas preguntas acerca de la salud de su hijo/a.*

**VI1.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado este menor a un especialista que no sea un profesional de la salud mental? Los especialistas son médicos como cirujanos, doctores del corazón, doctores de la alergia, doctores de la piel y otros que se especializan en un área de la atención médica.**

- 1  Sí  
2  No, pero este menor necesitaba ver a un especialista  
3  No, este menor no necesitaba ver a un especialista  
1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI2.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]**

**¿Utiliza usted actualmente algún servicio de apoyo familiar ofrecido por el estado en conexión con la necesidad de cuidado de la salud especial de su hijo/a?**

- 1  Sí  
2  NO  
1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI3.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 6-11 or 12-17 YEARS OLD]**

**Durante los últimos 12 meses, ¿un médico u otro proveedor médico lo(a) asesoró a usted, a otro cuidador o al menor con respecto a la actividad física?**

- 1  Sí  
2  NO  
1  NO SÉ  
1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI4. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia vio frustrados sus esfuerzos por obtener servicios para este menor?**

- 1  Nunca
- 3  A veces
- 4  Generalmente
- 5  Siempre
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI5. ¿En algún momento, ha recibido este menor servicios especiales para sus necesidades de desarrollo, tales como terapia del habla, terapia ocupacional o conductual?**

- 1  Sí
- 2  NO [GO TO VI10]
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI6.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]**

**¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Intervención Temprana? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Servicios Familiares Individualizado.**

**Se define a los Servicios de Intervención como: capacitación familiar, asesoría y visitas al hogar; servicios médicos; medicina; enfermería; nutrición; terapia ocupacional; fisioterapia; servicios psicológicos; servicio de coordinación de servicios; servicios de trabajo social; instrucción especial; terapia del habla-lenguaje; dispositivos de transporte, comunicación o movilidad; y servicios de la visión y auditivos.**

- 1  Sí
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI7.[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN]**

**¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Educación Especial? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Educación Individualizado.**

**La Educación Especial es cualquier tipo de escuela, clases o tutoría especiales.**

- 1  Sí
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

*[IF REPORTED IN CORE THAT CHILD HAS AUTISM, ASD, ASPERGER'S DISORDER, OR PDD, CONTINUE TO VI8. ELSE GO TO VI9.]*

**VI8. ¿Qué edad tenía este menor cuando un médico u otro proveedor médico le dijo inicialmente que tenía Autismo, ASD, trastorno de Asperger o PDD?**

EDAD EN AÑOS

- 1  NO TENGO UN ESPECIALISTA EN SALUD
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]**

Las siguientes preguntas son sobre la atención médica que usted recibió antes de su último embarazo.

- VI9. Antes de quedar embarazada, ¿un médico, enfermero(a) u otro trabajador de la salud habló con usted acerca de lo que se enumera a continuación sobre la preparación para el embarazo? Por favor, solo considere conversaciones y no lectura de materiales o videos. Para cada ítem, marcar no si nadie habló al respecto con usted o sí si lo hicieron.

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
VI9a. Tener mis vacunas actualizadas antes del embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9b. Visitar a un dentista o higienista dental antes del embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9c. Obtener asesoría para cualquier enfermedad genética que haya en la familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9d. Obtener asesoría o tratamiento para la depresión o ansiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9e. La seguridad del uso de medicamentos recetados o de venta libre durante el embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9f. Cómo fumar durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9g. Cómo beber alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI9h. Cómo el consumo de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]**

Las siguientes preguntas son sobre la atención médica que usted recibió durante su último (o actual) embarazo.

- VI10. ¿Recibió atención prenatal durante este último embarazo (o embarazo actual)? La atención prenatal es suministrada por un proveedor médico e incluye un examen, control de peso y proporcionar una muestra de orina. Dependiendo de la etapa del embarazo, los proveedores médicos también podrían realizar análisis de sangre y estudios de imágenes, tales como ecografías. Estas visitas también incluyen conversaciones sobre la salud de la madre, la salud del bebé y preguntas sobre el embarazo.

- 1  SÍ  
 2  NO [GO TO VI12]  
 1  NO SÉ [GO TO VI12]  
 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO VI12]

- VI11. **[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND BIOLOGICAL MOTHER]**

Durante su último embarazo, ¿cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando tuvo su primera visita de atención prenatal?

WEEKS (OR)  MONTHS

- 1  NO SÉ [GO TO VI12]  
 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO VI12]

**VI12. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-5 YEARS OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]**

Durante su último embarazo, ¿participó usted en el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños de WIC?

- 1  SÍ
- 2  NO [GO TO VI13]
- 1  NO SÉ [GO TO VI13]
- 1  PREFIERO NO RESPONDER [GO TO VI13]

→ **[IF YES] Durante su último embarazo, cuando fue a sus visitas de WIC, ¿habló sobre la lactancia materna con una par consejera en lactancia u otro miembro del personal de WIC?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**[ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]**

Y ahora, las próximas preguntas son sobre la atención médica que recibió después del parto de su último hijo.

**VI13. Después del parto de su nuevo bebé, ¿recibió los tipos de ayuda con la lactancia materna indicados a continuación? Para cada uno, marcar no si no recibió este tipo de ayuda con la lactancia materna o sí si la recibió.**

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
VI13a. Alguien que respondiera a mis preguntas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13b. Ayuda para posicionar correctamente al bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13c. Ayuda para saber si mi bebé estaba recibiendo suficiente leche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13d. Ayuda con el manejo del dolor o el sangrado de los pezones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13e. Información sobre dónde obtener un sacaleches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13f. Ayuda para usar el sacaleches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI13g. Información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**VI14. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS 0-1 YEAR OLD AND IF BIOLOGICAL MOTHER]**

Antes o después de que naciera su último/a hijo/a, ¿recibió información sobre la lactancia materna de cualquiera de las siguientes fuentes? Para cada uno, marcar **no** si no recibió información de esta fuente o **sí** si la recibió.

	SÍ	NO	NO SÉ	PREFIERO NO RESPONDER
VI14a. Mi médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14b. Una enfermera, partera o doula	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14c. Un especialista en lactancia o amamantamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14d. El médico o proveedor médico de mi bebé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14e. Un grupo de apoyo a la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14f. Una línea directa de ayuda o número gratuito para la lactancia materna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14g. Familiares o amigas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
VI14h. Otra fuente; favor especificar _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

Estas últimas preguntas son sobre su cobertura de seguro de salud.

**VI15. Durante los últimos 12 meses, en algún momento, ¿tuvo usted cobertura de cualquier tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

- 1  Sí, tuve cobertura los 12 meses
- 2  Sí, pero hubo una brecha en la cobertura
- 3  No
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

**VI16. ¿Cuenta usted actualmente con cobertura de algún tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

- 1  SÍ
- 2  NO
- 1  NO SÉ
- 1  PREFIERO NO RESPONDER

→ **[IF YES] ¿Tiene cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica? [Interviewer Note: Only read jurisdiction-specific insurance types for your jurisdiction.]**

	SÍ	NO
VI16a. Seguro médico privado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
VI16b. Seguro mediante su empleador o sindicato actuales o anteriores (o los de su cónyuge)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
VI16c. Medicaid, Medical Assistance o algún tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o alguna discapacidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
<b>VI16d. Otro seguro con financiamiento o subsidio del gobierno</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>VI16e. Cuenta de ahorros para gastos médicos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>VI16f. TRICARE u otro programa de atención médica militar</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>VI16g. Otra fuente; favor especificar</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

*Gracias por su participación.*

*En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., deseamos agradecerle por su tiempo y esfuerzo dedicados a compartir información sobre este menor, usted y su familia.*

*Sus respuestas son importantes para nosotros y ayudarán a investigadores, formuladores de políticas y defensores de familia a comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de niños de nuestra población diversificada.*