

Encuesta básica de seguimiento sobre salud y desarrollo de SEED

Contenido

A. Salud general.....	4
Estatura y peso.....	4
Salud dental.....	5
Salud del sueño.....	5
Salud gastrointestinal.....	7
Afecciones diagnosticadas.....	8
Afecciones médicas.....	8
Enfermedades mentales, conductuales o del desarrollo.....	10
Alergias alimentarias y restricciones dietéticas.....	11
Habilidades de comunicación.....	12
Nivel de apoyo requerido.....	13
B. Necesidades y utilización de los servicios.....	13
Servicios sanitarios.....	13
Experiencia con los proveedores de asistencia sanitaria del menor.....	16
Seguro médico.....	17
Servicios pedagógicos.....	18
Servicios de desarrollo.....	22
Medicamentos.....	24
Tratamientos complementarios y alternativos.....	25
C. Participación comunitaria y social.....	25
D. Acoso y discriminación.....	27
E. Seguridad infantil.....	29
F. Usted y su familia.....	31
Su salud.....	32
G. Información sobre el hogar.....	35
H. Fortalezas individuales.....	37

[Type here]

Estimado padre, madre o cuidador(a):

Gracias por participar en el seguimiento del estudio de exploración del desarrollo temprano (SEED, por sus siglas en inglés).

Complete esta encuesta sobre la salud y el desarrollo de su menor. Le pedimos que rellene la encuesta como adulto familiarizado con la salud, la atención médica, la educación y las actividades actuales de su menor. Responda a cada pregunta lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas.

La segunda y la tercera pregunta de la encuesta le piden que mida la estatura y el peso de su menor. Pregúntele a su menor si está de acuerdo con estas mediciones. Omita estas mediciones si su menor dice que no está de acuerdo o si da indicios de no estarlo (por ejemplo, si se resiste cuando intenta tomarle las medidas). Le pedimos que anote la estatura y el peso más recientes que recuerde de su menor, si no es posible tomar las medidas.

He aquí algunos puntos que debe tener en cuenta al completar este formulario:

- Marque con claridad (✓) los botones/casillas de respuestas.
- Responda a tantas preguntas como desee. Todas las respuestas son confidenciales.
- En pro de la uniformidad, se utiliza la palabra «menor» en todo el cuestionario, aunque reconocemos que puede estar facilitando información sobre un adolescente o un adulto. Por lo tanto, usamos los términos «el/la menor, este/a menor y su menor» en todo el cuestionario.

Le agradecemos de antemano su tiempo y esfuerzo. Queremos que sepa que apreciamos enormemente su contribución continuada a SEED.

Se calcula que la duración media de esta recopilación de información es de 40 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Ningún organismo podrá realizar o patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona estará obligada a responder a ella, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de la duración o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta duración, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333: ATTN: PRA (0920-xxxx).

Todas las preguntas de la siguiente encuesta básica sobre salud y desarrollo de SEED fueron seleccionadas de encuestas nacionales u otros proyectos de investigación, incluida la encuesta de salud y desarrollo de adolescentes de SEED previamente aprobada. Se eligieron para reflejar mejor la salud y el funcionamiento de las personas con y sin autismo y sus familias.

[Type here]

Las fuentes de preguntas incluyen los siguientes instrumentos:

- Encuesta nacional sobre salud infantil (NSCH, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/slait/nsch.htm>).
- Encuesta nacional sobre salud (NHIS, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/>).
- Encuesta nacional sobre salud y nutrición (NHANES, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/>).
- Sistema de seguimiento de la evaluación del riesgo durante el embarazo (PRAMS, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/prams/>).
- Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (BRFSS, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/brfss/>).
- Estudio sobre prácticas de alimentación infantil II (IFPS 11, por su sigla en inglés) y seguimiento del sexto año (Y6FU, por su sigla en inglés), un estudio longitudinal estadounidense de distribución nacional sobre salud y prácticas de alimentación materna e infantil. (<https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/ifps/index.htm>).
- Estudio de transición longitudinal nacional-2 (NLTS2, por su sigla en inglés) (<http://www.nlts2.org/>).
- Interactive Autism Network (IAN) (<https://iancommunity.org/>).
- Formularios de historia clínica maternoinfantil de estudios de casos y controles de SEED.
- Escalas de síntomas gastrointestinales del sistema de información para la medición de resultados comunicados por pacientes (PROMIS, por sus siglas en inglés) de los NIH (<https://www.healthmeasures.net>).
- Calliope Holingue. Comunicación personal con base en una revisión reciente. (<https://doi.org/10.1002/aur.1854>) PMID: 28856868 .
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (<https://who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>).
- Cuestionario sobre servicios y tratamiento del estudio de casos y controles de SEED.
- Dammeyer, J. y Chapman, M. (2018). Encuesta nacional sobre violencia y discriminación entre personas con discapacidad. *BMC Public Health*, 18:355-362. (<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0>).
- Encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes (YRBS, por su sigla en inglés) (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs>).
- Encuesta comunitaria sobre seguridad pública y aplicación de la ley. (<https://cops.usdoj.gov/RIC/publications/cops-w0743-pub.pdf>)
- Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5, por su sigla en inglés). American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. (<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>) (<https://www.thedsm5.com/the-dsm-5>)
- Encuesta sobre necesidades familiares. Donald B. Bailey, Jr. y Rune J. Simeonsson. FPG Child Development Institute, The University of North Carolina en Chapel Hill. (Primeros pasos, 1 de octubre de 2013)
- Brighton, C. y Willis, J. (2017). ¿Identifican los padres aspectos positivos relacionados con la crianza de sus hijos con discapacidad intelectual o se limitan a sobrellevar la situación? Una exploración cualitativa. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21:325-345.

[Type here]

- *Escala de evaluación de características de la personalidad deseable - Discapacidades del desarrollo.* Woodard, C. (2009). Propiedades psicométricas del ASPeCT-DD: medición de características positivas en personas con discapacidades del desarrollo. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(5):433-444. (<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00494.x>)

A. Salud general

Las preguntas a continuación nos ayudarán a saber más sobre la salud general de su menor.

1. En general, ¿cómo describiría la salud de este/a menor?

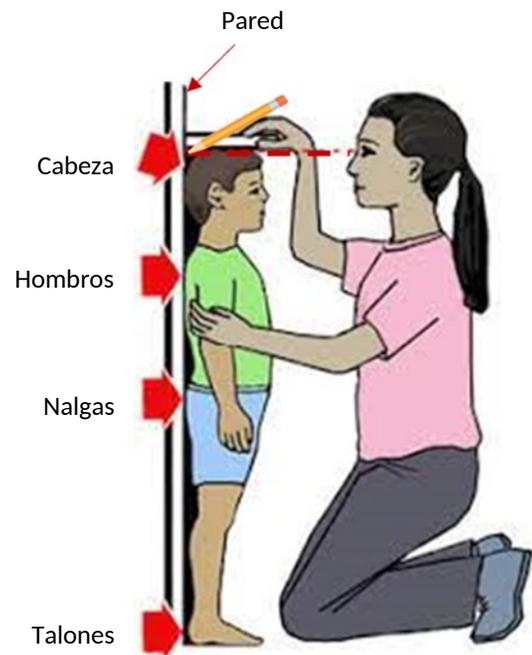
- € Excelente
- € Muy buena
- € Buena
- € Regular
- € Mala

Estatura y peso

2. ¿Qué estatura tiene este/a menor actualmente (sin zapatos)?

Siga las instrucciones a continuación para medir la estatura de su menor.

1. Pídale al/a la menor que se quite los zapatos.
2. Haga que el/la menor se ponga de pie contra la pared.
3. Asegúrese de que la cabeza, los hombros, las nalgas y los hombros del/de la menor toquen la pared.
4. Coloque un libro u objeto plano encima de la cabeza del/de la menor.
5. Marque con un lápiz una línea en la pared, debajo del libro.
6. Después de hacer la marca con el lápiz, el/la menor puede alejarse de la pared.
7. Con una cinta métrica, mida la altura desde el suelo hasta la marca del lápiz.
8. A continuación, anote la estatura del/de la menor con aproximación al cuarto de pulgada inmediatamente inferior.



Si su menor no accede a que lo midan, anote la estatura más reciente que recuerde, por ejemplo, de una consulta médica anterior.

_____ Haga clic o toque aquí para introducir texto. pulgadas (medido con cinta métrica para este estudio)

[Type here]

_____ Haga clic o toque aquí para introducir texto.pulgadas (estatura recordada de una medición anterior, como una consulta médica)

_____ No sabe

3. ¿Cuánto pesa este/a menor actualmente (sin zapatos)? Si es posible, mida su peso en una báscula. Si su menor no accede a que le pesen, anote el peso más reciente que recuerde.

_____ libras (pesado en la báscula en casa)

_____ libras (peso recordado de una medición anterior, como una consulta médica)

_____ No sabe

Salud dental

4. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor ha tenido dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con alguno de los siguientes aspectos? *Responda a cada uno de los puntos enumerados a continuación. Si su menor no padece ninguna de las enfermedades enumeradas a continuación, seleccione «No».*

	Sí	No	No sabe
Dolores dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dientes cariados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Salud del sueño

5. Las siguientes preguntas se refieren al horario de sueño habitual de su menor entre semana y los fines de semana.

HORARIO DE SUEÑO ENTRE SEMANA	
¿Cuál es su hora habitual de dormir ENTRE SEMANA?	Hora de dormir: ____:____ <input type="checkbox"/> AM/ <input type="checkbox"/> PM

[Type here]

<i>(De la noche del domingo a la noche del jueves)</i>	
¿A qué hora suele despertarse ENTRE SEMANA? <i>(De la mañana del lunes a la mañana del viernes)</i>	Hora de despertar: ____:____ <input type="checkbox"/> AM/ <input type="checkbox"/> PM
HORARIO DE SUEÑO LOS FINES DE SEMANA	
¿Cuál es su hora habitual de dormir LOS FINES DE SEMANA? <i>(La noche del viernes y la noche del sábado)</i>	Hora de dormir: ____:____ <input type="checkbox"/> AM/ <input type="checkbox"/> PM
¿A qué hora suele despertarse LOS FINES DE SEMANA? <i>(La mañana del sábado y la mañana del domingo)</i>	Hora de despertar: ____:____ <input type="checkbox"/> AM/ <input type="checkbox"/> PM

[Type here]

6. EN UNA SEMANA HABITUAL, ¿este/a menor tiene dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con alguno de los siguientes aspectos?

	Sí	No	No sabe
Conciliar el sueño en las noches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir toda la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir demasiado (de día o de noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertarse bien descansado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quedarse dormido involuntariamente durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roncar fuerte durante el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar de respirar durante el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquietud y movimientos constantes durante el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mojar la cama por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Con qué seguridad cree que podría evaluar los hábitos o problemas de sueño de su menor?

- € Nada de seguridad
- € Algo de seguridad
- € Bastante seguridad
- € Seguridad plena

Salud gastrointestinal

8. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor ha tenido dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con alguno de los siguientes aspectos? *Responda a cada uno de los puntos enumerados a continuación. Si su menor no padece ninguna de las enfermedades enumeradas a continuación, seleccione «No».*

	Sí	No	No sabe
Dolor abdominal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gases o distensión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria (pérdida del control de la vejiga).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia fecal (evacuaciones intestinales accidentales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas o vómitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deglución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Con qué seguridad cree que podría evaluar los problemas gastrointestinales de su menor?

[Type here]

- € Nada de seguridad
- € Algo de seguridad
- € Bastante seguridad
- € Seguridad plena

Afecciones diagnosticadas

10. A continuación, indique si el/la menor padece alguna de las afecciones a continuación.

Responda a la pregunta **A** para todas las afecciones de la siguiente tabla, aunque el/la menor no padezca ninguna de ellas. Responda a las preguntas **B y C** solo para las afecciones que haya padecido este/a menor.

Afecciones

La siguiente pregunta le pide que indique si su menor alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las enfermedades que figuran en la tabla. Lea atentamente todas las instrucciones antes de responder.

		Si la respuesta a la pregunta A es Sí, responda a las preguntas B y C.	
Pregunta A: ¿Le ha dicho <i>alguna vez</i> un médico u otro profesional de la salud que este/a menor padece alguna de las siguientes afecciones médicas o genéticas? <i>Responda a cada una de las afecciones enumeradas a continuación. Si su menor no padece ninguna de las enfermedades enumeradas a continuación, seleccione «No».</i>		Pregunta B: ¿Qué edad tenía el/la menor cuando le dijeron por primera vez que padecía la enfermedad? <i>(Escriba 0 si era menor de 1 año)</i>	Pregunta C: ¿El/la menor padece la enfermedad en la actualidad?
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>		
	<input type="checkbox"/> Alergia alimentaria	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Alergia o eczema cutáneo	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Alergia estacional o fiebre del heno	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos, especifique: _____		
	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Lesión cerebral, contusión o traumatismo craneal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

[Type here]

Enfermedad Celiaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Diabetes (usa insulina)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Diabetes (no usa insulina)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Epilepsia o trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Síndrome del cromosoma X frágil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluida la migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Afección cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Hipertensión o presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Anemia de células falciformes/talasemia/otras anemias hereditarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno del sueño-vigilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Insomnio	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Narcolepsia	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Otra afección genética o hereditaria. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

[Type here]

Enfermedades mentales, conductuales o del desarrollo

		Si la respuesta a la pregunta A es SÍ , responda a las preguntas B y C.	
Pregunta A: ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud <i>que este/a menor</i> padece alguna de las siguientes enfermedades mentales, conductuales o del desarrollo? <i>Responda a cada una de las afecciones enumeradas a continuación. Si su menor no padece ninguna de las enfermedades enumeradas a continuación, seleccione «No».</i>		Pregunta B: ¿Qué edad tenía el/la menor cuando le dijeron por primera vez que padecía la enfermedad? <i>(Escriba 0 si era menor de 1 año)</i>	Pregunta C: ¿El/la menor padece la enfermedad en la actualidad?
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, combinado o de tipo hiperactivo o inatento (TDA o TDAH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastornos de ansiedad (<i>incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia específica, la agorafobia, el mutismo selectivo o el trastorno de ansiedad social</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Autismo, trastorno de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno de bipolaridad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno de depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno del desarrollo de la coordinación o retraso motor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Retraso global del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dificultad de aprendizaje Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno negativista desafiante o de conducta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Esquizofrenia u otro trastorno psicótico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Conductas autolesivas (<i>incluye cosas como golpearse, rascarse, hurgarse la piel o</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

[Type here]

golpearse la cabeza.)			
Trastorno de integración sensorial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

		Si la respuesta a la pregunta A es Sí, responda a las preguntas B y C.	
Pregunta A: ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud <i>que este/a menor padece alguna de las siguientes enfermedades mentales, conductuales o del desarrollo?</i> <i>Responda a cada una de las afecciones enumeradas a continuación. Si su menor no padece ninguna de las enfermedades enumeradas a continuación, seleccione «No».</i>		Pregunta B: ¿Qué edad tenía el/la menor cuando le dijeron por primera vez que padecía la enfermedad? <i>(Escriba 0 si era menor de 1 año)</i>	Pregunta C: ¿El/la menor padece la enfermedad en la actualidad?
Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastornos de adicción y relacionados con sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>		
	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Uso de opioides (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Morfina, Fentanilo)	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Cualquier otro trastorno del comportamiento, del desarrollo o mental Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___ Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

Alergias alimentarias y restricciones dietéticas

Las preguntas a continuación se refieren a cualquier alergia alimentaria o restricción dietética que pueda tener su menor.

11. ¿Actualmente evita algún alimento o ingrediente para este/a menor, debido a una alergia o intolerancia alimentaria conocida o sospechada?

€ Sí, alergia alimentaria diagnosticada

[Type here]

- € Sí, sospecha de alergia alimentaria
- € Sí, intolerancia alimentaria confirmada o sospechada
- € No (**pase a la pregunta 13**)

12. ¿Qué alimentos o ingredientes evita actualmente para este/a menor? (Marque todos los que procedan)

Leche de vaca u otros productos lácteos	<input type="checkbox"/>	Trigo, gluten o almidón de trigo	<input type="checkbox"/>
Leche de soja u otros alimentos derivados de la soja	<input type="checkbox"/>	Otros granos o cereales (como avena, cebada)	<input type="checkbox"/>
Huevos o derivados del huevo	<input type="checkbox"/>	Fruta o zumo	<input type="checkbox"/>
Cacahuetes, mantequilla o aceite de cacahuete	<input type="checkbox"/>	Vegetales	<input type="checkbox"/>
Otros frutos secos (como almendras, pacanos, nueces)	<input type="checkbox"/>	Colorantes o sabores artificiales	<input type="checkbox"/>
Semillas de sésamo o aceite de semilla de sésamo	<input type="checkbox"/>	Sulfitos	<input type="checkbox"/>
Pescado (como salmón, bacalao, atún)	<input type="checkbox"/>	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>
Mariscos crustáceos (como camarones, cangrejos, langostas)	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>
Carne de res, cerdo, pollo, pavo u otra carne animal	<input type="checkbox"/>		

Habilidades de comunicación

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber más sobre cómo se comunica su menor y el nivel de apoyo que requiere.

13. ¿Este/a menor utiliza la comunicación verbal, como palabras o ruidos, para comunicarse con la gente?

- Se comunica verbalmente utilizando palabras con facilidad
- Se comunica verbalmente utilizando palabras con un poco de dificultad
- Se comunica verbalmente utilizando palabras con mucha dificultad
- Se comunica verbalmente con ruidos
- No se comunica verbalmente

14. ¿Este/a menor se comunica con la gente utilizando alguno de los siguientes métodos no verbales de comunicación?

	Sí	No
Lenguaje de señas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lectura de labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos simples con la mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestos faciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablero de imágenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Type here]

Dispositivo electrónico <i>(por ejemplo, utiliza una tableta, un ordenador portátil o un teléfono inteligente para comunicarse sin hablar)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nivel de apoyo requerido

15. Los niños, niñas y adolescentes presentan diferentes niveles de necesidad de apoyo. En general, ¿cuánto apoyo necesita su menor para afrontar estos aspectos de la vida?

	No necesita apoyo	Un poco de apoyo	Mucho apoyo
Comprensión y comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moverse y desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocuparse de la higiene, vestirse, comer o quedarse solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interactuar con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidades domésticas, ocio, trabajo y escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en actividades comunitarias o sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Necesidades y utilización de los servicios

Servicios sanitarios

Las siguientes preguntas se refieren a los tipos de servicios sanitarios que su menor utiliza o requiere, y a sus experiencias con los proveedores de atención sanitaria.

1. ¿Existe algún lugar al que este/a menor suele acudir cuando está enfermo/a o necesita orientación sobre su salud?

€ Sí

€ No **(pase a la pregunta 3)**

2. En caso afirmativo, ¿a dónde suele acudir primero este/a menor? *(Marque solo una casilla)*

€ Consultorio médico

€ Servicio de urgencias del hospital

€ Servicio ambulatorio del hospital

€ Clínica o centro sanitario

€ Clínica en farmacia o clínica ambulatoria

€ Escuela (enfermería, oficina del entrenador de atletismo, etc.)

€ Algún otro lugar, especifique: _____

[Type here]

3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor acudió a consulta con un médico, enfermera u otro profesional de la salud para atención preventiva de rutina (como consultas o controles del niño sano) o atención del niño enfermo?

€ Sí

€ No (pase a la pregunta 4)

	Pregunta A	Pregunta B	Pregunta C
Tipo de proveedor	Número de consultas en los <u>últimos 12 meses</u> <i>Complete cada espacio en blanco. (Escriba 0 si no tuvo ninguna consulta)</i>	Si su menor ha recibido <u>atención preventiva de rutina</u> , ¿qué tan difícil fue obtener el servicio de este tipo de proveedor?	Si su menor ha recibido <u>atención médica por enfermedad</u> , ¿qué tan difícil fue obtener el servicio de este tipo de proveedor?
Odontólogo o profesional de la salud bucodental	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses
Proveedor de salud auditiva	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses
Proveedor de salud visual	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses
Médico general o proveedor de atención médica	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses
Proveedor de atención médica especializada, especificar: _____	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses
Seleccione uno: Psicólogo, psiquiatra, asesor, terapeuta o profesional de la salud mental (encierre en un círculo)	Núm. de consultas de atención preventiva de rutina : _____ Núm. de consultas de atención por enfermedad : _____	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> No recibió este tipo de atención en los últimos 12 meses

[Type here]

4. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces acudió este/a menor al servicio de urgencias de un hospital?

- € No acudió
- € 1 consulta
- € 2 o más consultas

5. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue hospitalizado este/a menor por cualquier motivo?

- € Ninguna hospitalización
- € 1 hospitalización
- € 2 o más hospitalizaciones

6. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo algún momento en el que este/a menor necesitara asistencia sanitaria, pero no la recibió? Por asistencia sanitaria entendemos la atención médica, así como otros tipos de atención como la odontológica, la oftalmológica y los servicios de salud mental.

- € Sí
- € No (**pase a la pregunta 9**)

7. En caso afirmativo, ¿qué tipos de asistencia NO recibió? (*Marque todo lo que corresponda*).

- € Atención odontológica
- € Atención auditiva
- € Atención médica, prevención de rutina
- € Atención médica, por enfermedad o de urgencia
- € Atención médica, emergencia hospitalaria
- € Atención médica, especialista
- € Servicios de salud mental
- € Atención visual
- € Otro, especifique: _____

8. ¿Cuál de los siguientes factores contribuyó a que este/a menor no recibiera los servicios sanitarios necesarios? «Sí» significa que fue un factor para no recibir servicios y «no» significa que no lo fue. (*Marque una en cada fila*)

	Sí	No
Este/a menor no tenía seguro médico que cubriera los servicios necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este/a menor no cumplía los requisitos para recibir los servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los servicios que este/a menor necesitaba no estaban disponibles en su zona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas para conseguir una cita cuando este/a menor la necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas para conseguir transporte o guardería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consulta (clínica/consultorio) no estaba abierta cuando este/a menor necesitaba atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas relacionados con el costo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas relacionados con la COVID-19 (por ejemplo, preocupación por estar cerca de otras personas que pudieran haber estado expuestas a la COVID-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Type here]

19 en el consultorio médico).		
Los comportamientos del/de la menor limitan su capacidad para asistir o completar una consulta.		
Otro (especifique: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiencia con los proveedores de asistencia sanitaria del/de la menor

9. ¿Hay una o varias personas a las que considere el médico o la enfermera personal de este/a menor? Un médico o enfermero personal es un profesional sanitario que conoce bien a este/a menor y está familiarizado con su historia clínica. Puede ser un médico general, un pediatra, un médico especialista, una enfermera o un asistente médico.

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

10. Responda a las siguientes preguntas solo si este/a menor tuvo una consulta médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. En caso contrario, **pase a la pregunta 17 de esta sección.**

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales sanitarios de este/a menor...:

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre	No sabe
... pasaron suficiente tiempo con él/ella?	<input type="checkbox"/>				
... le escucharon a usted con atención?	<input type="checkbox"/>				
... demostraron sensibilidad con los valores y costumbres de su familia?	<input type="checkbox"/>				
... proporcionaron la información específica que necesitaba sobre este/a menor?	<input type="checkbox"/>				
... le ayudaron a sentirse participe en el cuidado de este/a menor?	<input type="checkbox"/>				

11. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo la necesidad de tomar alguna decisión sobre los servicios sanitarios o el tratamiento de este/a menor, como, por ejemplo, si debía empezar o dejar de tomar una prescripción médica o servicios de terapia, obtener una remisión a un especialista o someterse a un procedimiento médico?

- € Sí
- € No (**pase a la pregunta 13**)

12. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales sanitarios de este/a menor...:

(Marque una opción en cada fila)

[Type here]

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre	No sabe
... conversaron con usted sobre las distintas opciones de atención sanitaria o tratamiento a considerar?	<input type="checkbox"/>				
... le facilitaron la tarea de plantear inquietudes o discrepar de las recomendaciones para la atención sanitaria de este/a menor?	<input type="checkbox"/>				
... trabajaron con usted para decidir en conjunto qué opciones de atención sanitaria y de tratamiento serían las mejores para este/a menor?	<input type="checkbox"/>				

13. ¿Alguien le ayuda a organizar o coordinar la atención de este/a menor con los distintos médicos o servicios que utiliza?

- Sí
- No
- No acudió a más de un profesional sanitario en los últimos 12 meses (**pase a la pregunta 15**)

14. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha sentido que necesitaba más ayuda para organizar o coordinar la atención de su menor con los distintos proveedores o servicios sanitarios?

- Sí
- No

15. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el proveedor de atención sanitaria de este/a menor se comunicó con la escuela, la guardería o el programa de educación especial de este/a menor?

- Sí
- No (**pase a la pregunta 17**)
- No necesitó que el proveedor de atención sanitaria se comunicara con estos proveedores (**pase a la pregunta 17**)

16. En caso afirmativo, ¿cuál es su grado de satisfacción general con la comunicación del profesional sanitario con la escuela, la guardería o el programa de educación especial?

- Muy satisfecho/a
- Algo satisfecho/a
- Algo insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a

[Type here]

Seguro médico

17. ¿Su menor está cubierto/a actualmente por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura sanitaria?

€ Sí

€ No (pase a la pregunta 20)

18. En caso afirmativo, díganos qué tipos de planes de seguro médico incluyen cobertura para su menor ACTUALMENTE.

	Sí	No
a. Seguro mediante un empleador o sindicato actual o anterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Seguro contratado directamente con una compañía de seguros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicaid, asistencia médica o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. TRICARE u otra asistencia sanitaria militar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Servicio de Salud Indígena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura sanitaria, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Considerando en particular las necesidades de salud mental o conductual de su menor, ¿con qué frecuencia el seguro médico de este/a menor ofrece prestaciones o cubre servicios que satisfagan estas necesidades?

€ Siempre

€ Usualmente

€ A veces

€ Nunca

€ Este/a menor no utiliza servicios de salud mental o conductual.

Servicios pedagógicos

Las siguientes preguntas se refieren a la educación de su menor y a los tipos de servicios pedagógicos que utiliza o necesita.

20. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor ha ido a la escuela?

€ Sí (pase a la pregunta 22)

€ No

[Type here]

21. En caso negativo, ¿su menor no asiste ahora a la escuela porque...

(Marque una opción y pase a la pregunta 28)

- € ... se graduó con un diploma de bachillerato regular (por ejemplo, el diploma de bachillerato regular que se concede a los estudiantes después de completar el plan de estudios estándar y los exámenes de graduación de secundaria).
- € ... se graduó con un certificado de aprovechamiento (por ejemplo, certificado o diploma alternativo concedido a estudiantes de educación especial).
- € ... presentó un examen para la obtención de un diploma sin haber cursado todas las asignaturas del bachillerato (por ejemplo, el GED).
- € Desertó o dejó de asistir.
- € Fue suspendido/a.
- € Fue expulsado/a.
- € Es mayor que la edad límite de escolarización.
- € Alguna otra razón, especifique: _____

Pase a la pregunta 28.

22. En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor la escuela a la que asiste este/a menor actualmente (o a la que ha asistido más recientemente)?

Si este/a menor actualmente asiste a 2 escuelas, describa la escuela en la que pasa la mayor parte del tiempo. Si este/a menor solo asiste a una escuela que ofrece instrucción sobre un tema específico en lugar de educación general, marque «otro (especifique)».

- € Una escuela pública regular que atiende a una amplia variedad de alumnos.
- € Una escuela privada regular que atiende a una gran variedad de alumnos.
- € Una escuela que solo atiende a niños con discapacidad.
- € Una escuela subvencionada o alternativa.
- € Una escuela «en línea».
- € Educación a domicilio por un profesional.
- € Educación en casa por uno de los padres.
- € Una escuela profesional/técnica (voc-tech).
- € Universidad comunitaria de 2 años.
- € Universidad de 4 años.
- € Centro médico o de salud mental, hospital de convalecencia, institución para personas con discapacidad, centro penitenciario o de justicia juvenil.
- € Otro (especifique) _____

23. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de este/a menor en el aula?

- € Aula regular con una gran variedad de alumnos.

[Type here]

- Clase regular (habitual) con apoyo en el aula (por ejemplo, fuera o dentro de clase; asistente individual (1-a-1); aula de enseñanza en equipo colaborativo (CTT) o de enseñanza conjunta integrada (ICT)).
- Clase regular (habitual) sin apoyo.
- Aula de educación especial para alumnos con discapacidad o necesidades especiales.
- Combinación de aulas de educación regular y especial.
- No aplicable porque el/la menor recibe educación en casa o no asiste a la escuela.

24. ¿Qué grado cursa este/a menor en la actualidad? (Si es verano, ¿cuál es el grado más alto que ha cursado este/a menor?)

<input type="checkbox"/> Preescolar	<input type="checkbox"/> 10° grado
<input type="checkbox"/> Jardín de infancia	<input type="checkbox"/> 11° grado
<input type="checkbox"/> 1.º grado	<input type="checkbox"/> 12° grado
<input type="checkbox"/> 2.º grado	<input type="checkbox"/> Primer año de universidad
<input type="checkbox"/> 3.º grado	<input type="checkbox"/> Segundo año de universidad
<input type="checkbox"/> 4.º grado	<input type="checkbox"/> Penúltimo año de universidad
<input type="checkbox"/> 5.º grado	<input type="checkbox"/> Último año de universidad
<input type="checkbox"/> 6.º grado	<input type="checkbox"/> No aplica, mi menor no asistió a una escuela regular pública ni privada.
<input type="checkbox"/> 7.º grado	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> 8.º grado	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
<input type="checkbox"/> 9.º grado	(por ejemplo, programa para estudiantes de secundaria de 18 a 21 años que cumplan los requisitos)

25. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántos días faltó este menor a la escuela por enfermedad o lesión?

- No faltó a ningún día a la escuela
- 1-3 días
- 4-6 días
- 7-10 días
- 11 días o más

26. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces la escuela de este/a menor se ha puesto en contacto con usted u otro adulto de su hogar para informarle de algún problema con la escuela?

- Ninguna llamada
- 1 vez
- 2 o más veces

27. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este/a menor ha sido suspendido/a o expulsado/a de la escuela?

- Ninguna
- 1 vez
- 2 o más veces

[Type here]

28. Desde que empezó el jardín de infancia, ¿ha repetido algún grado?

- Sí
- No

29. ¿Ha cambiado alguna vez este/a menor de escuela o de centro educativo porque sus necesidades educativas no fueron cubiertas?

- Sí
- No

30. ¿Ha participado alguna vez en una mediación, una audiencia con las debidas garantías procesales o un litigio en relación con los servicios educativos del/de la menor?

- Sí
- No

31. ¿Este menor ALGUNA VEZ ha recibido servicios de educación especial o de intervención temprana o un plan educativo individualizado (IEP, por su sigla en inglés), un plan 504, tutoría, asistencia en el aula, lector/intérprete, dispositivo de comunicación, programa de enriquecimiento, programa de retiro del aula o plan de estudios acelerado?

- Sí
- No, mi menor nunca ha tenido un plan o servicios de educación especial (**pase a la pregunta 34**).

32. En caso afirmativo, indique a continuación cuáles de los siguientes planes o servicios ha recibido su menor:

		Si la respuesta a la pregunta A es SÍ , responda a las preguntas B y C .	
Pregunta A: ¿Su menor ha recibido alguno de estos planes o servicios? <i>Responda a cada uno de los planes o servicios enumerados a continuación. Si su menor no ha recibido ninguno de los planes o servicios enumerados a continuación, seleccione «No».</i>		Pregunta B: En caso afirmativo, ¿a qué edad su menor recibió por primera vez el plan o servicio?	Pregunta C: ¿El menor tiene actualmente este plan o ha recibido este servicio EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
Plan educativo individualizado o IEP (<i>utilizado para los servicios de educación especial en niños de 3 años o más</i>).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

[Type here]

Plan 504 (a veces <i>utilizado para servicios de educación especial, además, o en lugar de un IEP</i>).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios para estudiantes superdotados y con talentos, como programas de enriquecimiento, extraescolares o acelerados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tutoría	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistente en el aula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lector/intérprete	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dispositivo de comunicación u otro dispositivo electrónico (por ejemplo, tableta, ordenador portátil, teléfono inteligente) para facilitar el trabajo en clase o para comunicación no verbal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro plan o servicio, especifique _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

33. En general, ¿cuál es su grado de satisfacción con los planes o servicios educativos que ha recibido su menor?

- € Muy satisfecho/a
- € Algo satisfecho/a
- € Algo insatisfecho/a
- € Muy insatisfecho/a

Servicios de desarrollo

Las preguntas a continuación se refieren a los tipos de servicios de desarrollo que su menor utiliza o necesita.

34. Indique si este menor ha utilizado alguna vez alguno de los servicios o ayudas para el desarrollo que se enumeran a continuación. Estos tipos de servicios pueden ser prestados por la escuela, un proveedor de atención sanitaria o alguna otra persona o lugar, como un terapeuta independiente.

Responda a la pregunta A para todos los servicios y ayudas de la siguiente tabla, aunque el/la menor no utilice el servicio o la ayuda. Responda a las preguntas B, C y D solo para los servicios y ayudas que el/la menor haya recibido alguna vez.

[Type here]

		<i>Si la respuesta a la pregunta A es SÍ, responda a las preguntas B a D.</i>		
			En caso afirmativo, ¿este/a menor ha recibido el servicio o la ayuda EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	
Pregunta A: ¿Este/a menor alguna vez ha recibido...		Pregunta B: En caso afirmativo, ¿a qué edad (en años) su menor recibió este servicio por primera vez?	Pregunta C: ¿Recibido MEDIANTE LA ESCUELA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Pregunta D: ¿Recibido FUERA DE LA ESCUELA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
¿Audiología o servicios de audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Terapia conductual, como análisis conductual aplicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Terapia ocupacional o terapia sensorial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Fisioterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Servicios psicológicos o de asesoramiento en salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Terapia o capacitación en habilidades sociales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Terapia del habla o del lenguaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Otros servicios? Especifique:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	___Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

35. En general, ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios o ayudas para el desarrollo que ha recibido su menor?

- € Muy satisfecho/a
- € Algo satisfecho/a
- € Algo insatisfecho/a
- € Muy insatisfecho/a
- € Mi menor no ha recibido ningún servicio o ayuda para el desarrollo.

[Type here]

Medicamentos

Las siguientes preguntas se refieren al uso que hace su menor de medicamentos o tratamientos complementarios o alternativos.

36. Indique si este menor ha tomado medicación debido a las dificultades que se indican a continuación. La medicación puede ser con o sin prescripción médica.

Responda a la pregunta A para todas las afecciones que podrían tratarse con medicación, aunque el menor no la tome. Responda a las preguntas B y C solo para las afecciones que son tratadas con medicación.

Pregunta A:		Pregunta B:		Pregunta C:
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este menor ha tomado alguna medicación debido a las dificultades que se indican a continuación al menos una vez al mes durante al menos 3 meses?		En caso afirmativo a la pregunta A, ¿el menor tomó algún medicamento recetado por un médico u otro profesional sanitario?		En caso afirmativo a la pregunta A, ¿el menor tomó algún medicamento sin receta médica?
Agresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Atención, concentración o hiperactividad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Comportamientos repetitivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Intereses restringidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Comportamientos autolesivos (Esto incluye cosas como autolesionarse, rascarse, hurgarse la piel o golpearse la cabeza).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Problemas del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

[Type here]

Tratamientos complementarios y alternativos

Las siguientes preguntas se refieren al uso que hace su menor de medicamentos o tratamientos complementarios o alternativos.

37. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿su menor utilizó algún tipo de tratamiento o atención sanitaria complementaria o alternativa para ayudar a mejorar o controlar su comportamiento o desarrollo? Podría tratarse de acupuntura, terapia con animales, terapia artística o musical, terapia de relajación o de atención plena, dietas especiales o suplementos, u otros tratamientos alternativos.

€ Sí

€ No (pase a la sección C)

38. En caso afirmativo, seleccione todos los que corresponda. Si corresponde, inclúyalas independientemente de cómo hayan sido administradas (por ejemplo, píldora, spray, crema, inyección, etc.).

- Acupuntura
- Terapia con animales
- Terapia artística (incluye música, arte, danza o teatro/actuación).
- Integración auditiva
- Atención quiropráctica
- Bienestar o atención plena (incluye masoterapia, terapia de relajación, meditación y yoga).
- Suplementos vitamínicos o minerales (incluye suplementos de cualquier vitamina, ácido fólico, omega-3 FA y aceites de pescado, y multivitamínicos y/o multiminerales)
- CBD/cannabis (p. ej., aceite de CBD, marihuana, hachís, hierba, comestibles con THC).
- Melatonina
- Oxitocina
- Dieta especial como sin gluten y sin caseína (GFCF), solo sin gluten, solo sin caseína, dieta Feingold, dieta cetogénica
- Otro (especifique): _____

C. Participación comunitaria y social

Las preguntas a continuación se refieren a la participación de su menor en actividades comunitarias, sociales y recreativas.

1. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor participó en...:

(Marque una opción en cada fila)

	Sí	No
... algún equipo deportivo o clases de deporte después de clase o los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... algún club u organización después de clase o los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... alguna otra actividad o clase organizada, como música, danza, idiomas u otras artes, después de clase o los fines de semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Type here]

... algún tipo de servicio comunitario o trabajo voluntario en la escuela, la iglesia o la comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... algún trabajo, incluido trabajos regulares, así como cuidar niños, cortar el césped u otros trabajos ocasionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, este/a menor: (marque una opción en cada fila)

	Sí	No
¿Se reunió con amigos o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Habló con amigos o vecinos por teléfono, videoconferencia o redes sociales (por ejemplo, SnapChat, Facebook, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se reunió con ALGÚN familiar, sin incluir a los que viven con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acudió a la iglesia, templo u otro lugar de culto para obtener servicios u otras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Asistió a un espectáculo o una película, a eventos deportivos, a la reunión de un club, a una clase extraescolar o a cualquier otro acto grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Salió a comer a un restaurante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EN LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días estuvo este menor físicamente activo durante al menos 60 minutos al día? *Sume todo el tiempo que dedicó a cualquier tipo de actividad física que aumentara su ritmo cardíaco y le hiciera respirar con dificultad en algún momento.*

- € 0 días
- € 1 día
- € 2 días
- € 3 días
- € 4 días
- € 5 días
- € 6 días
- € Todos los días
- € No sabe

4. EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿cuánto tiempo suele pasar este menor viendo programas de televisión o películas, incluyendo servicios de streaming como Netflix, Hulu, Apple+?

- € Ninguna
- € Menos de 1 hora
- € 1 hora
- € 2 horas
- € 3 horas
- € 4 horas o más
- € No sabe

[Type here]

5. EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿cuánto tiempo suele pasar este menor jugando con un dispositivo electrónico? *Esto NO incluye hacer tareas escolares o ver vídeos en YouTube/TikTok, programas de televisión o películas.*

- € Ninguna
- € Menos de 1 hora
- € 1 hora
- € 2 horas
- € 3 horas
- € 4 horas o más
- € No sabe

D. Acoso y discriminación

Las preguntas a continuación se refieren a las experiencias de su menor con la discriminación o el acoso.

1. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este menor se ha enfrentado a algún obstáculo para participar en la comunidad o en la sociedad debido a...:

	Sí	No
... un entorno físico que no es accesible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... falta de tecnología de asistencia o adaptación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... actitudes negativas hacia las personas con discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... un servicio, sistema o política que impide la participación igualitaria para todos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. La discriminación se produce cuando se trata injustamente a las personas porque son percibidas como diferentes a los demás. Una discapacidad es cualquier afección del cuerpo o la mente que dificulte a la persona que la padece la realización de determinadas actividades y la interacción con el mundo que le rodea.

¿Este menor ha sido discriminado debido a una discapacidad?

- € Sí
- € No, mi menor no ha sido discriminado a causa de una discapacidad (**pase a la pregunta 4**)
- € No aplicable, mi menor no tiene ninguna discapacidad (**pase a la pregunta 4**)
- No sabe (**pase a la pregunta 4**)

3. En caso afirmativo, ¿quién discriminó a este/a menor?

- € Empleador
- € Educador
- € Proveedor de asistencia sanitaria
- € Trabajador comunitario (por ejemplo, personal de tiendas)

[Type here]

€ Otro; especifique: _____

4. EN EL ÚLTIMO MES (30 días), ¿con qué frecuencia este menor ha sufrido intimidación por otra persona?

- € Nunca (**pase a la pregunta 6**)
- € 1 vez
- € 2-3 veces
- € 4 o más veces
- € No sabe (**pase a la pregunta 6**)

5. Marque todas las formas en que este **menor ha sufrido acoso**.

	Sí	En caso afirmativo, marque si el comportamiento se produjo en los últimos 30 días.	No	No sabe
Ha sido llamado con nombres ofensivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han amenazado con herirle o golpearle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido objeto de burlas, provocaciones o bromas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido empujones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido objeto de golpes, cachetadas o patadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido acoso electrónico o ciberacoso (esto incluye el acoso a través de mensajes de texto, Instagram, Facebook u otras redes sociales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han ignorado o excluido a propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien dijo cosas malas sobre el/la menor para evitar que otras personas congeniaran con él/ella, o para esparcir rumores o mentiras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han robado sus pertenencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. EN EL ÚLTIMO MES (30 días), ¿con qué frecuencia este menor ha intimidado a otro/a menor?

- € Nunca (**pase a la sección E**)
- € 1 vez
- € 2-3 veces
- € 4 o más veces
- € No sabe (**pase a la sección E**)

7. ¿De qué manera ha intimidado este/a menor a otros?

Marque todas las formas en que este/a **menor intimidó a otros**.

	Sí	En caso afirmativo, marque si el comportamiento se produjo en los últimos 12 meses.	No	No sabe

[Type here]

Llamó a otra persona con nombres ofensivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amenazó con herir o golpear a alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha hecho burlas, provocaciones o bromas hacia alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujó a alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpeó, cacheteó o pateó a alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se involucró en acoso electrónico o ciberacoso (esto incluye acoso a través de mensajes de texto, Instagram, Facebook u otras redes sociales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ignoró o excluyó a alguien a propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dijo cosas malas sobre alguien para evitar que otras personas congeniaran con esa persona, o para esparcir rumores o mentiras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robó las pertenencias de otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Seguridad infantil

Las preguntas a continuación se refieren a la seguridad infantil y a las interacciones con las fuerzas del orden.

1. Es probable que algunos/as menores se extravíen y se pierdan tanto que sea necesario buscarlos.

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se ha extraviado o perdido este/a menor de alguno de estos lugares, aunque solo haya ocurrido una vez? (Marque una opción en cada fila).

	Sí	No
Su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La casa de otra persona, como un pariente, un amigo, un vecino o una niñera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La escuela, guardería o campamento de verano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una tienda, un restaurante, un parque infantil, un campamento o cualquier otro lugar público.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Dispone actualmente de alguna de las siguientes medidas para evitar específicamente que este/a menor se extravíe o para encontrarlo en caso de que se pierda? (Marque una opción en cada fila).

[Type here]

	Sí	No
Vallas o puertas de acceso a su casa o propiedad (por ejemplo, barrera para piscinas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerraduras, alarmas o cámaras de su casa o propiedad (por ejemplo, detectores de movimiento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras barreras en su casa o propiedad (por ejemplo, protectores de ventanas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dispositivo de seguimiento en los accesorios, el cuerpo o la ropa de este/a menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una aplicación, función o dispositivo de rastreo en el teléfono móvil del/de la menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este/a menor ha tenido contacto con un agente de la ley por algún motivo?

- € Sí
- € No (pase a la pregunta 6)
- € No sabe (pase a la pregunta 6)

4. ¿El agente explicó suficientemente sus acciones o procedimientos?

- € Sí
- € No

5. ¿Está satisfecho/a con la interacción o interacciones de su menor con las fuerzas del orden?

- € Sí
- € No

La siguiente pregunta se refiere a sucesos que pueden haber ocurrido durante la vida de este menor. Estas cosas pueden ocurrirle a cualquier familia, pero algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.

6. A su leal saber y entender, ¿este/a menor ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

	Sí	No
Padre/madre/tutor divorciado/a o separado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/madre/tutor fallecido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/madre/tutor encarcelado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido víctima de violencia o testigo de violencia en su vecindario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivió con alguien que padecía una enfermedad mental, tenía tendencias suicidas o estaba gravemente deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivió con alguien que tenía problemas con el alcohol o las drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido tratado/a o juzgado/a injustamente por su raza o grupo étnico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido tratado/a o juzgado/a injustamente por su orientación sexual o identidad de género.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Type here]

F. Usted y su familia

Las preguntas a continuación nos ayudarán a conocer más sobre usted y su familia.

Las preguntas a continuación son sobre usted y su familia.

1. ¿Qué relación tiene usted con este/a menor?

- Madre biológica o adoptiva.
- Padre biológico o adoptivo.
- Padrastro o madrastra.
- Abuelo o abuela.
- Tía o tío.
- Otro pariente.
- Otra persona no pariente, especifique: _____

2. ¿Cuál es su edad?

__ __ (en números)

3. ¿Cuál es el grado o curso escolar más alto que ha cursado?

- 8° grado o inferior.
- 9° a 12° grado; sin diploma.
- Bachillerato o GED completo.
- Programa de formación profesional, comercial o empresarial completado.
- Algunos créditos universitarios, pero ningún título.
- Título de asociado (por ejemplo, AA, AS).
- Licenciatura (por ejemplo, BA, BS, AB).
- Maestría (por ejemplo, MA, MS, MSW, MBA).
- Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o Título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, JD).

4. En la actualidad, ¿usted es/está...:

Si le corresponde más de una, seleccione la categoría que mejor le describa.

- ... empleado con salario?
- ... empleado independiente?
- ... desempleado por menos de un año?
- ... desempleado por un año o más?
- ... ama de casa?
- ... estudiante?
- ... jubilado/a?
- ... incapacitado/a para trabajar?

5. ¿Usted está casado/a, vive en pareja de hecho o no está casado/a?

- Casado/a

[Type here]

- Conviviendo con pareja de hecho
- Ninguno (**pase a la pregunta 8**)
- Prefiere no contestar (**pase a la pregunta 8**)

6. ¿Cuál es el grado o año de estudios más alto que ha cursado su cónyuge o pareja?

- 8° grado o inferior.
- 9° a 12° grado; sin diploma.
- Bachillerato o GED completo.
- Programa de formación profesional, comercial o empresarial completado.
- Algunos créditos universitarios, pero ningún título.
- Título de asociado (por ejemplo, AA, AS).
- Licenciatura (por ejemplo, BA, BS, AB).
- Maestría (por ejemplo, MA, MS, MSW, MBA).
- Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o Título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, JD).

7. ¿Su cónyuge o pareja en la actualidad es/está...:

Si le corresponde más de una, seleccione la categoría que mejor describa a su cónyuge o pareja.

- ... empleado con salario?
- ... empleado independiente?
- ... desempleado por menos de un año?
- ... desempleado por un año o más?
- ... ama de casa?
- ... estudiante?
- ... jubilado/a?
- ... incapacitado/a para trabajar?

Su salud

Las preguntas a continuación se refieren a su salud.

8. En general, ¿cuál es su estado de salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

9. EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿durante cuántos días se ha sentido muy saludable y lleno de energía?

[Type here]

- Casi todos los días
- Más de la mitad de los días
- Pocos días
- Ningún día

10. En general, ¿cuál es su estado de salud mental o emocional?

- € Excelente
- € Muy buena
- € Buena
- € Regular
- € Mala

11. ¿Le ha dicho ALGUNA VEZ un médico u otro profesional sanitario que padece alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No
Trastorno por déficit de atención o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA o TDAH).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de ansiedad (<i>incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia específica, la agorafobia, el mutismo selectivo o el trastorno de ansiedad social</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno obsesivo-compulsivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo, Asperger, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de bipolaridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión (<i>incluye el trastorno depresivo mayor, el trastorno de regulación alterada del estado de ánimo, la distimia y el trastorno disfórico premenstrual</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia u otro trastorno psicótico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. En qué medida cree que está haciendo frente a las exigencias cotidianas de la crianza de este/a menor.

- € Muy bien
- € Regular
- € No muy bien
- € Para nada bien

13. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quien pudiera acudir en busca de apoyo emocional cotidiano en la crianza de su menor?

- € Sí

[Type here]

€ No (pase a la pregunta 15)

14. En caso afirmativo, ¿recibió apoyo emocional de... (marque todo lo que corresponda):

	Sí	No
... cónyuge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... otro familiar o amigo cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lugar de culto o líder religioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... grupo de apoyo o defensa relacionado con una enfermedad en concreto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... grupo de apoyo entre pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... consejero u otro profesional de la salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra persona, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted ha...:

	Sí	No
... retrasado la obtención de atención sanitaria u odontológica para usted debido al tiempo necesario para cuidar de este/a menor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... realizado menos actividad física de la que deseaba debido al tiempo necesario para cuidar de este/a menor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... limitado su vida social debido al tiempo necesario para cuidar de este/a menor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha necesitado ayuda con alguno de los siguientes aspectos como consecuencia de la crianza de este/a menor?

	Sí	No
17. Conseguir tiempo para sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudar a su cónyuge a aceptar cualquier enfermedad que pueda tener su menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudar a su familia a hablar de sus problemas y encontrar soluciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decidir y realizar actividades recreativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagar los gastos del hogar, como comida, vivienda, atención médica, ropa o transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseguir cualquier equipo especial que su menor necesite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagar la terapia, la guardería u otros servicios que necesita su menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asesoramiento o ayuda para conseguir trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usted u otros miembros de la familia que viven en su hogar han dejado de trabajar alguna vez o han reducido las horas que trabajan debido a la salud o a las afecciones de este/a menor?

€ Sí

[Type here]

€ No

18. ¿Usted u otros miembros de la familia que viven en su hogar han evitado ALGUNA VEZ cambiar de trabajo porque les preocupaba mantener el seguro médico para este/a menor?

€ Sí

€ No

19. Como resultado de la crianza de este/a menor, ¿usted siente...:

	Sí	No
... que cuidar a este/a menor es mucho más difícil que cuidar a la mayoría de los niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que este/a menor hace cosas que le molestan mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... enfado con este/a menor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... una mayor sensación de fortaleza y confianza personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que sus prioridades han cambiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... una mayor apreciación de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que disfruta de los logros del/de la menor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aumento de su fe/espiritualidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que tiene relaciones más significativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... que el/la menor ha tenido un efecto positivo en la comunidad en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.

Información sobre el hogar

1. ¿Es este/a menor de origen hispano, latino o español? (Marque una opción)

€ No, no es de origen hispano, latino o español.

€ Sí, de origen mexicano, mexicoamericano, chicano.

€ Sí, de origen puertorriqueño.

€ Sí, de origen cubano.

€ Sí, otro origen hispano, latino o español.

2. ¿Cuál es la raza de este/a menor? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Coreana
<input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otras asiáticas
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái

[Type here]

<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra
<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico

3. ¿Cuántos menores de 18 años viven actualmente en el hogar? ***Sin incluir a este/a menor.***

NÚMERO DE MENORES _____ (Si es 0, pase a la pregunta 3)

4. ¿Alguno de estos/as menores tiene alguna discapacidad, retraso en el desarrollo, necesidad especial o afección?

- € SÍ
- € NO

5. ¿Cuántos adultos de 18 años o más viven ahora en el hogar? ***Sin incluir a este/a menor.***

Número de adultos _____

6. ¿Cuántos de estos adultos en su hogar son miembros de la familia? *Por familia se entiende cualquier persona emparentada con este/a menor por consanguinidad, afinidad, adopción o acogimiento.*

Número de personas _____

Las preguntas a continuación se refieren a sus ingresos totales en el último año civil antes de impuestos.

Los ingresos son importantes para analizar la información sanitaria que recopilamos. Por ejemplo, con esta información podemos saber si las personas de un grupo de ingresos utilizan ciertos tipos de servicios médicos con mayor o menor frecuencia que las de otro grupo. Tenga la seguridad de que, al igual que el resto de la información que nos ha facilitado, estas respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad.

7. Considere los ingresos totales combinados de su familia EN EL ÚLTIMO AÑO CIVIL para todos los miembros de la familia. ¿Cuánto fueron sus ingresos familiares totales anuales antes de impuestos? *Incluya sus ingresos, los de su cónyuge o pareja y cualquier otro ingreso que haya recibido.*

\$. .

IMPORTE TOTAL
En el último año calendario

Si no puede indicar una cantidad específica, indique a continuación una estimación de los ingresos anuales totales.

[Type here]

- De 0 a 16.000 USD
- De 16.001 a 20.000 USD
- De 20.001 a 24.000 USD
- De 24.001 a 28.000 USD
- De 28.001 de 32.000 USD
- De 32.001 a 40.000 USD
- De 40.001 a 48.000 USD
- De 48.001 a 57.000 USD
- De 57.001 a 60.000 USD
- De 60.001 a 73.000 USD
- De 73.001 a 85.000 USD
- 85.001 USD o más

8. EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO, ¿cuántas personas, incluidos usted y este/a menor, dependían de estos ingresos?

Número de personas ____

H. Fortalezas individuales

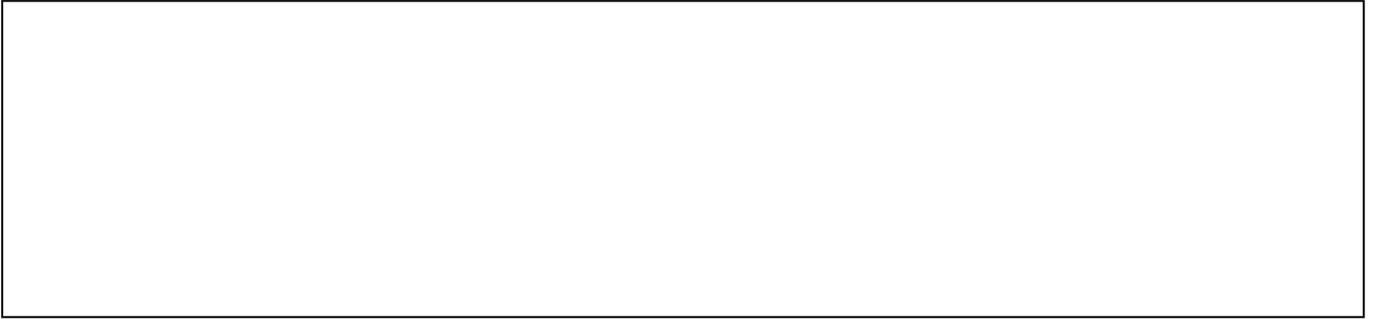
Las preguntas a continuación se refieren a las características y capacidades que usted considera fortalezas individuales de su menor.

1. ¿Diría que los siguientes son puntos fuertes individuales de este/a menor?

	Sí	No
Valentía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bondad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gratitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resiliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoeficacia, o creencia de que puede tener éxito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Describa a continuación lo mejor de su menor.

[Type here]



Ha llegado al final de la encuesta.

¡Gracias por participar!