Encuesta Nacional de Salud de los Niños

Un estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para entender mejor los problemas de salud que enfrentan hoy día los(as) niños(as) en los Estados Unidos.

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. No se nos permite divulgar sus respuestas de manera que su hogar pudiera ser identificado. La Oficina del Censo de los EE. UU. está llevando a cabo esta encuesta de acuerdo con la autoridad de la Sección 8(b) del Título 13 del Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 8(b)) y de la Sección 501(a)(2) de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. § 701). Las leyes federales protegen su privacidad y mantienen confidenciales sus respuestas, en conformidad con la Sección 9 del Título 13, Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 9). En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética a través de los controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

El acceso a los registros almacenados en el sistema está limitado a los empleados de la Oficina del Censo y a ciertos individuos autorizados por el Título 13 del Código de Estados Unidos (designados como Individuos con Status de Juramento Especial). Estas personas están sujetas a los mismos requisitos de confidencialidad que los empleados regulares de la Oficina del Censo, mencionados anteriormente, de acuerdo a la Ley de Privacidad de 1974 (Sección 552a del Título 5, Código de los Estados Unidos) y SORN COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de la Encuesta Demográfica (Marco Muestral de la Oficina del Censo).

La participación en esta encuesta es voluntaria y no hay sanciones por negarse a responder a las preguntas. Sin embargo, su cooperación en la obtención de esta información necesaria es de suma importancia a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-S-T1
(04/19/2022)

Comience Aquí

Recientemente, usted completó una encuesta con preguntas sobre los(as) niños(as) que usualmente viven o se quedan en esta dirección. Gracias por el tiempo que dedicó a completar esa encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

Si el nombre que aparece arriba es incorrecto o no corresponde a un(a) niño(a) que viva en este hogar, llame al 1-800-845-8241 para asistencia.

Hemos seleccionado solo un(a) niño(a) por hogar con el fin de minimizar la cantidad de tiempo que se necesita para responder las preguntas de seguimiento.

La encuesta debe ser completada por el padre, la madre o un adulto cuidador que viva en este hogar y que esté familiarizado(a) con la salud y atención médica de este(a) niño(a).

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este(a) niño(a)

A1 **En general, ¿cómo describiría la salud de este(a) niño(a) (cuyo nombre aparece más arriba)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A2 **¿Cómo describiría la salud dental de este(a) niño(a)?**

- ☐ Este(a) niño(a) no tiene dientes
- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con cualquiera de los siguientes?**

	Sí	No
a. Respiración u otros problemas respiratorios (tales como respiración sibilante o ruidosa y falta de aire)	☐	☐
b. Comer o tragar debido a una condición médica	☐	☐
c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea	☐	☐
d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal	☐	☐
e. Usando las manos	☐	☐
f. Coordinación o moviéndose	☐	☐
g. Dolores dentales	☐	☐
h. Sangrado en las encías	☐	☐
i. Dientes deteriorados o caries	☐	☐

A4 **¿Presenta este(a) niño(a) alguno de los siguientes factores?**

	Sí	No
a. Sordera o problemas de audición	☐	☐
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso el uso de anteojos o lentes	☐	☐

¿Le ha dicho su doctor o su proveedor de servicios de salud ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A5 **Alergias (incluyendo a alimentos, medicamentos, insectos, estacionales o de otro tipo)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A6 **Asma?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

COPIA DE INFORMACION

¿Le ha dicho su doctor o su proveedor de servicios de salud ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A7 **Una enfermedad autoinmune (como Diabetes Tipo 1, enfermedad celíaca o artritis idiopática juvenil)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **La condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A8 **Parálisis cerebral?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A9 **Diabetes Tipo 2?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A10 **Epilepsia o trastornos convulsivos?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A11 **Condición o problemas cardiacos?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿nació este(a) niño(a) con esta condición?**

☐ Sí ☐ No

¿Tiene este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Le ha dicho su doctor o su proveedor de servicios de salud ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A12 **Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A13 **Síndrome de Tourette?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A14 **Problemas de ansiedad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A15 **Depresión?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A16 **Síndrome de Down?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

¿Le ha dicho su doctor o proveedor de servicios de salud ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A17 **Trastornos sanguíneos (tales como anemia drepanocítica o de células falciformes, talasemia o hemofilia)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Fue este(a) niño(a) diagnosticado(a) con:

Anemia drepanocítica? ☐ Sí ☐ No

Talasemia? ☐ Sí ☐ No

Hemofilia? ☐ Sí ☐ No

Otros trastornos sanguíneos? ☐ Sí ☐ No

¿Fue alguno de estos desórdenes identificado por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? *A estas pruebas de sangre les llaman pruebas de detección para recién nacidos.*

☐ Sí ☐ No

A18 **Fibrosis quística?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Fue identificada esta condición por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? *A estas pruebas de sangre les llaman pruebas de detección para recién nacidos.*

☐ Sí ☐ No

A19 **Alguna otra condición genética o hereditaria?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, especifique:**

La condición es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Fue identificada esta condición por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? *A estas pruebas de sangre les llaman pruebas de detección para recién nacidos.*

☐ Sí ☐ No

A20 **Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)?**

☐ Sí ☐ No

¿Le ha dicho su doctor, proveedor de servicios de salud o su educador ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

Algunos ejemplos de educadores son maestros(as) y enfermeros(as) escolares.

A21 **Problemas de comportamiento o conducta?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A22 **Retraso en el desarrollo?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A23 **Discapacidad intelectual (anteriormente conocida como retraso mental)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la discapacidad EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A24 **Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A25 **Discapacidades del aprendizaje?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la discapacidad EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

COPIA DE INFORMACION

A26 **¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) padece de Autismo o Trastorno del Espectro Autista (TEA)?** *Incluya los diagnósticos de Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).*

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **A31**

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A27 **¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando su doctor o proveedor de servicios de salud le dijo POR PRIMERA VEZ que tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**

☐☐ Edad en años ☐ No sabe

A28 **¿Qué tipo de médico u otro proveedor de servicios de salud fue el PRIMERO en decirle a usted que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**
Marque (X) UNA opción.

☐ Proveedor de atención primaria

☐ Especialista

☐ Psicólogo(a)/consejero(a) escolar

☐ Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)

☐ Psiquiatra

☐ Otro(a), especifique:

☐ No sabe

A29 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Autismo, los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**

☐ Sí ☐ No

A30 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿han recibido usted o este(a) niño(a) tratamiento conductual por Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), tal como adiestramiento o una intervención para ayudarle con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A31 **¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de servicios médicos que este(a) niño(a) padece del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **A34**

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A32 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No

A33 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido este(a) niño(a) tratamiento de la conducta para el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tales como adiestramiento o una intervención que usted o este(a) niño(a) haya recibido para ayudarle con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A34 **¿Piensa usted que este(a) niño(a) ha sufrido ALGUNA VEZ una concusión o lesión cerebral?** *Una concusión o lesión cerebral es cuando un golpe o sacudida de la cabeza causa problemas tales como dolores de cabeza, mareos, sensación de confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómito, visión borrosa, cambios en humor o comportamiento o pérdida de conciencia.*

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿ha buscado asistencia médica por parte de un médico o un proveedor de servicios de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿le ha dicho su doctor o su proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) ha sufrido una concusión o lesión cerebral?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

A35 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las condiciones o problemas de salud de este(a) niño(a) han afectado su habilidad para hacer cosas que hacen otros(as) niños(as) de su misma edad?**

- ☐ Este(a) niño(a) no padece ninguna condición médica → ***PASE a la pregunta*** **B1**
- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

A36 **¿En qué medida las condiciones o problemas de salud de este(a) niño(a) afectan su habilidad para hacer cosas?**

- ☐ Muy poco
- ☐ Algo
- ☐ En gran medida

B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

B1 **¿Nació este(a) niño(a) más de 3 semanas antes de su fecha esperada de nacimiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

B2 **¿En qué año y mes ha nacido este(a) niño(a)?**

Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

☐☐ / 20☐☐

B3 **¿Cuánto pesó al nacer?** *Indique su respuesta en libras y onzas O en kilogramos y gramos. Su mejor estimado es aceptable.*

☐☐ libras **Y** ☐☐ onzas

O

☐☐ kilogramos **Y** ☐☐☐ gramos

B4 **¿Qué edad tenía la madre cuando nació este(a) niño(a)?** *Su mejor estimado es aceptable.*

☐☐ Edad en años

B5 **¿Fue ALGUNA VEZ este(a) niño(a) amamantado(a) o tomó leche materna?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **B7**

B6 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando dejó COMPLETAMENTE de ser amamantado(a) o de tomar leche materna?** *Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Este(a) niño(a) aún consume leche materna

O

☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

B7 **¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando fue alimentado con leche de fórmula para bebés por PRIMERA VEZ?** *Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Este(a) niño(a) nunca recibió leche de fórmula para bebés

O

- ☐ Al nacer

O

☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

COPIA DE INFORMACIÓN

B8 **Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula?** *Incluya agua, jugo, leche de vaca, agua con azúcar, comida de bebé o cualquier otro alimento. Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Este(a) niño(a) nunca ha recibido otro alimento que no sea leche materna o leche de fórmula para bebés

O

- ☐ Al nacer

O

- ☐☐ días

O

- ☐☐ semanas

O

- ☐☐ meses

C. Servicios de cuidados de la salud

C1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue examinado(a) este(a) niño(a) por un médico, enfermera u otro profesional de la salud por una enfermedad, chequeos de bienestar infantil, exámenes físicos, hospitalizaciones u otro tipo de cuidado médico?** *Incluya visitas de atención médica realizadas por video o teléfono.*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C4**

C2 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo ESTE(A) NIÑO(A) una consulta con un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud para realizarse un chequeo PREVENTIVO?** *El chequeo preventivo se realiza cuando este(a) niño(a) no ha estado enfermo(a) ni lesionado(a), tal como un chequeo preventivo anual, un examen físico para hacer deporte o la visita de niño sano.*

- ☐ 0 visitas
- ☐ 1 visita
- ☐ 2 visitas o más

C3 **Pensando en la ÚLTIMA VEZ que llevó al (a la) niño(a) a un chequeo PREVENTIVO, ¿aproximadamente cuánto tiempo estuvo con usted el médico o proveedor de servicios médicos que examinó a este(a) niño(a)?** *Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Menos de 10 minutos
- ☐ De 10 a 20 minutos
- ☐ Más de 20 minutos

C4 **¿Le preocupa el peso de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí, este(a) niño(a) pesa mucho
- ☐ Sí, este(a) niño(a) pesa muy poco
- ☐ No, no me preocupa

C5 **¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho a usted que este(a) niño(a) tiene sobrepeso?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C6 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le preguntaron los médicos o proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a) si usted tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje, desarrollo o conducta de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C7 ***Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 9 meses de edad. De lo contrario pase a la pregunta*** **C8** ***en la página 8.***

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le pidió un médico u otro proveedor de servicios médicos a usted u otro cuidador que completara un cuestionario sobre las inquietudes u observaciones que pudiera tener sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de este(a) niño(a)? *A veces el médico u otro proveedor de servicios médicos le solicitará al padre o la madre que complete el cuestionario en casa o durante la visita de este(a) niño(a).*

- ☐ Sí ☐ No

→ **Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 9 y 23 meses:**

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) habla o emite los sonidos del habla?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) interactúa con usted y los demás?

→ **Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 2 y 5 años:**

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ ¿Palabras y frases que este(a) niño(a) usa y comprende?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) se comporta y se lleva con usted y los demás?

COPIA DE INFORMACIÓN

C8 **¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador REGULARMENTE llevan a este(a) niño(a) cuando se enferma o cuando necesita consejos sobre su salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C10**

C9 **Si la respuesta es sí, ¿a dónde va GENERALMENTE este(a) niño(a) primero?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Consultorio médico
- ☐ Sala de emergencias del hospital
- ☐ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- ☐ Centro de Urgencias
- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Clínica ambulatoria dentro de un negocio o "Minute Clinic"
- ☐ Escuela (enfermería, oficina del entrenador atlético)
- ☐ Algún otro lugar

C10 **¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador REGULARMENTE llevan a este(a) niño(a) cuando necesita cuidado preventivo de rutina, tales como exámenes físicos o chequeos de bienestar infantil?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C12**

C11 **Si la respuesta es sí, ¿es el mismo sitio donde lleva a este(a) niño(a) cuando se enferma?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C12 **¿Este(a) niño(a) ha tenido ALGUNA VEZ un examen de la visión con un proveedor que no fuese un oculista?**
El examen pudo haber ocurrido en el consultorio del pediatra, en una escuela, centro de cuidado infantil o un entorno comunitario, usando dibujos, formas, letras o una cámara como herramienta.

- ☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se recomendó que este(a) niño(a) viera a un oculista u otro proveedor de atención ocular para un examen u otros servicios de visión como resultado del examen realizado?**
Un oculista también se puede llamar optómetra u oftalmólogo.

- ☐ Sí ☐ No

C13 **¿Ha visto este(a) niño(a) ALGUNA VEZ a un médico de los ojos?** *Un médico de los ojos se puede llamar oculista, optómetra u oftalmólogo.*

- ☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿que tipo de cuidados recibió este(a) niño(a) en el consultorio de un oculista?**
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ Recibió un examen de visión
- ☐ Recibió una prescripción de anteojos o lentes de contacto
- ☐ Le diagnosticó un problema de la visión que no es miopía, hipermetropía o astigmatismo
- ☐ Algún otro cuidado

C14 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención o cuidado dental u oral?**
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ Sí, fue al dentista
- ☐ Sí, fue a otro(a) profesional de la salud oral
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C17** ***en la página 9***

C15 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visitado este(a) niño(a) un dentista u otro profesional de la salud oral para cuidado dental PREVENTIVO, tal como chequeo, limpieza dental, sellos dentales o tratamiento de fluoruro?**

- ☐ No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **C17** ***en la página 9***
- ☐ Sí, 1 visita
- ☐ Sí, 2 visitas o más

C16 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicio(s) dental(es) PREVENTIVO(S) recibió este(a) niño(a)?**
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ Chequeo
- ☐ Limpieza
- ☐ Educación sobre cepillado de dientes y cuidado de la salud oral
- ☐ Radiografías
- ☐ Tratamiento de fluoruro
- ☐ Sellador (revestimiento de plástico en dientes posteriores)
- ☐ No sabe

COPIA DE INFORMACION

C17 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) algún tratamiento, consejería o asesoría por parte de un profesional de la salud mental?** *Los profesionales de salud mental incluyen psiquiátras, psicólogos(as), enfermeros(as) psiquiátricos(as) y trabajadores sociales clínicos.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitaba ver a un profesional de la salud mental
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un profesional de la salud mental → ***PASE a la pregunta*** **C19**

C18 **¿Qué tan difícil le resultó obtener el tratamiento, consejería o asesoría de salud mental que este(a) niño(a) necesitaba?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtenerlo

C19 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tomado este(a) niño(a) algún medicamento por la dificultad para controlar sus emociones, su concentración o su comportamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C20 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) a algún especialista aparte de un profesional de la salud mental?** *Los especialistas son médicos como cirujanos(as), cardiólogos(as), alergistas, dermatólogos(as) y otros médicos que se especializan en un área de atención médica.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitó ver a un especialista
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un especialista → ***PASE a la pregunta*** **C22**

C21 **¿Qué tan difícil le resultó que este(a) niño(a) recibiera la atención del especialista que necesitaba?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtenerla

C22 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿utilizó este(a) niño(a) algún tipo de cuidado médico o tratamiento alternativo?** *El cuidado médico o tratamiento alternativo puede incluir acupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, suplementos a base de hierbas y otros tratamientos. Algunas terapias implican ver a un proveedor de servicios médicos, mientras que otras se pueden realizar por cuenta propia.*

- ☐ Sí
- ☐ No

C23 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) cuidado médico en algún momento pero no lo recibió?** *Por cuidado médico nos referimos tanto a la atención médica así como la atención dental, de la vista y de salud mental.*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C26** ***en la página 10***

C24 **Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de cuidado no recibió?** *Marque (X) TODAS las que apliquen.*

- ☐ Cuidado médico
- ☐ Cuidado dental
- ☐ Cuidado de la vista
- ☐ Cuidado de la audición
- ☐ Servicios de salud mental
- ☐ Otro(a), especifique:

C25 **¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este(a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios?**
Marque (X) Si o No en CADA categoría.

	Sí	No
a. Este(a) niño(a) no era elegible para recibir los servicios	☐	☐
b. Los servicios que necesitaba este(a) niño(a) no estaban disponibles en su área	☐	☐
c. Hubo problemas para programar u obtener una cita cuando este(a) niño(a) la necesitó	☐	☐
d. Hubo problemas para obtener transportación o cuidado de los otros niños	☐	☐
e. El consultorio médico o la clínica no estaba abierto(a) cuando este(a) niño(a) necesitó atención	☐	☐
f. Hubo problemas relacionados con el costo	☐	☐

COPIA DE INFORMACIÓN

C26 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrado(a) en sus esfuerzos para obtener servicios para este(a) niño(a)?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

C27 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este(a) niño(a) a la sala de emergencias de un hospital?** *NO incluya visitas a centros de urgencias.*

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez
- ☐ 2-3 veces
- ☐ 4 o más veces

C28 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse por lo menos una noche?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C29 **¿Recibió este(a) niño(a) ALGUNA VEZ un plan de educación especial o de intervención temprana?** *Los(as) niños(as) que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C32**

C30 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el PRIMER plan?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

C31 **¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C32 **¿ALGUNA VEZ ha recibido este(a) niño(a) servicios especiales para manejar sus necesidades de desarrollo?** *Los servicios especiales pueden incluir terapias como del lenguaje, ocupacional o conductual u otros servicios para satisfacer necesidades de desarrollo.*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C35**

C33 **Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos cuidados especiales?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

C34 **¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE estos servicios especiales?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C35 **¿ALGUNA VEZ le ha recomendado un doctor, o un proveedor de servicios de salud, o un educador que se evalúe a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?** *Los educadores son por ejemplo maestros(as) y enfermeros(as) escolares.*

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

C36 **¿Se ha evaluado ALGUNA VEZ a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

D. Experiencia con los proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a)

D1 **¿Tiene una o más personas que usted identifique como el doctor(a) o enfermero(a) personal de este(a) niño(a)?** *Un doctor(a) o enfermero(a) personal es el profesional de la salud que conoce bien a este(a) niño(a) y está familiarizado(a) con el historial médico de este(a) niño(a). Puede ser un(a) doctor(a) general, un pediatra, un especialista, un(a) enfermero(a) especialista o un asistente de médico.*

- ☐ Sí, a una persona
- ☐ Sí, a más de una persona
- ☐ No

D2 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) un referido para ver a algún médico o recibir algún servicio?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D4** ***en la página 11***

COPIA DE INFORMACIÓN

D3 **¿Qué tan difícil le resultó obtener referidos?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtener referidos

D4 ***Responda las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tuvo una visita médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario vaya a la pregunta*** **E1** ***en la página 12.***

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos o proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a) hicieron lo siguiente...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Estuvieron tiempo suficiente con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
b. Lo(a) escucharon a usted con atención?	☐	☐	☐	☐
c. Mostraron sensibilidad por sus valores y costumbres familiares?	☐	☐	☐	☐
d. Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
e. Lo(a) hicieron sentir como un(a) colaborador(a) en el cuidado de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐

D5 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo que tomar decisiones sobre el cuidado de salud de este(a) niño(a), tales como si debe obtener recetas, referidos a otros médicos o procedimientos?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D7**

D6 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a)...**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Han discutido con usted la gama de opciones a considerar para su cuidado o tratamiento médico?	☐	☐	☐	☐
b. Le hicieron fácil presentar las inquietudes o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
c. Trabajaron con usted para decidir sobre las mejores opciones para el cuidado de salud y opciones de tratamiento para este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐

D7 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le ayudó alguien a coordinar el cuidado de este(a) niño(a) con los diferentes doctores o servicios que utiliza este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No vio a más de un proveedor de servicios médicos en los ÚLTIMOS 12 MESES ➔ ***PASE a la pregunta*** **D11** ***en la página 12***

D8 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿sintió que podría haber usado ayuda adicional para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este(a) niño(a) con los diferentes proveedores o servicios de atención médica?**

- ☐ Sí
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **D10** ***en la página 12***

D9 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que deseaba para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este(a) niño(a)?**

- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACION

D10 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuán satisfecho(a) estuvo con la comunicación entre los médicos de este(a) niño(a) y los demás proveedores de servicios médicos?**

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Algo satisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

D11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se comunicó el proveedor de cuidados de la salud de este(a) niño(a) con la escuela, guardería o programa de educación especial al que asiste este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **E1**
- ☐ No fue necesario que el proveedor de cuidados de la salud se comunicara con estos proveedores → ***PASE a la pregunta*** **E1**

D12 **Si la respuesta es sí, durante este tiempo, ¿qué tan satisfecho(a) se ha sentido con la comunicación que el proveedor de servicios médicos de este(a) niño(a) ha tenido con la escuela, la guardería o el programa de educación especial?**

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Algo satisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

E. Cobertura de seguro médico de este(a) niño(a)

E1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿estuvo ALGUNA VEZ este(a) niño(a) cubierto(a) por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **E4**
- ☐ Sí, pero este(a) niño(a) tuvo una interrupción en la cobertura
- ☐ No

E2 **Indique si algunos de los siguientes es un motivo por el cual este(a) niño(a) no tuvo cobertura de salud DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:**

	Sí	No
a. Cambio de empleador o de situación laboral	☐	☐
b. Cancelación por primas vencidas	☐	☐
c. Renunció a la cobertura porque costaba demasiado	☐	☐
d. Renunció a la cobertura porque los beneficios eran inadecuados	☐	☐
e. Renunció a la cobertura porque las opciones de proveedores de servicios médicos eran inadecuadas	☐	☐
f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación de la cobertura	☐	☐
g. Otro(a), especifique:	☐	☐

E3 **¿Está este(a) niño(a) cubierto(a) ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **F1** ***en la página 13***

E4 **¿Está este(a) niño(a) ACTUALMENTE cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud?**
Marque (X) Sí o No en CADA categoría.

	Sí	No
a. Seguro a través de un empleador actual o previo o a través de un sindicato	☐	☐
b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros	☐	☐
c. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacidad	☐	☐
d. TRICARE u otros servicios de atención médica de las Fuerzas Armadas	☐	☐
e. Servicio de Salud Indio (Indian Health Services)	☐	☐
f. Otro(a), especifique:	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

E5 **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este(a) niño(a) ofrece beneficios o cubre los servicios que responden a las necesidades de este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

E6 **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este(a) niño(a) le permite ver a los profesionales de cuidados de salud que necesita?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

E7 **Pensando específicamente en las necesidades de servicios de salud mental o conductual de este(a) niño(a), ¿con qué frecuencia su seguro de salud le ofrece beneficios o servicios que responden a esas necesidades?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ Este(a) niño(a) no utiliza servicios de salud mental o conductual

F. Proveyendo para el cuidado de salud de este(a) niño(a)

F1 **Incluyendo los co-pagos y los montos reembolsados por la Cuenta de Ahorros para Salud (HSA, por sus siglas en inglés) y la Cuenta Flexible para Gastos (FSA, por sus siglas en inglés), ¿cuánto dinero pagó por los gastos de este(a) niño(a) relacionados con cuidados médicos, de salud, dental y de visión DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** *No incluya las primas o los costos del seguro que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente.*

- ☐ $0 (Sin gastos médicos o gastos relacionados con la salud) → ***PASE a la pregunta*** **F4**
- ☐ De $1 a $249
- ☐ De $250 a $499
- ☐ De $500 a $999
- ☐ De $1,000 a $5,000
- ☐ Más de $5,000

F2 **¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

F3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo su familia problemas para pagar las facturas médicas o de atención médica de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

F4 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted u otro miembro de la familia...**

	Sí	No
a. Dejó el trabajo o se ausentó unos cuantos días debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)?	☐	☐
b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)?	☐	☐
c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este(a) niño(a)?	☐	☐

F5 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedican usted u otros miembros de la familia a la atención médica de este(a) niño(a) en su hogar?** *El cuidado puede incluir cambiar vendajes o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.*

- ☐ Este(a) niño(a) no necesita atención médica en el hogar cada semana
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

F6 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedican usted u otros miembros de la familia a coordinar el cuidado médico o de la salud de este(a) niño(a), por ejemplo programar citas o localizar servicios?**

- ☐ Este(a) niño(a) no necesita atención médica coordinada cada semana
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

COPIA DE INFORMACION

G. El aprendizaje de este(a) niño(a)

Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 1 año de edad. De lo contrario pase a la pregunta G29 en la página 17.

G1 **¿Puede este(a) niño(a) hacer lo siguiente...**
Marque (X) Si o No en CADA categoría.

	Sí	No
a. Decir al menos una palabra como "hola" o "perro"?	☐	☐
b. Utilizar 2 palabras juntas como "carro va"?	☐	☐
c. Utilizar 3 palabras juntas en una oración como "Mamá ven ahora"?	☐	☐
d. Hacer preguntas como "quién," "qué", "cuándo", "dónde"?	☐	☐
e. Hacer preguntas como "por qué" y "cómo"?	☐	☐
f. Contar una historia que tiene principio, desarrollo y fin?	☐	☐
g. Entender el significado de la palabra "no"?	☐	☐
h. Seguir una instrucción verbal sin tener que hacer gestos con las manos como "lávate las manos"?	☐	☐
i. Señalar cosas de un libro cuando se le pregunta?	☐	☐
j. Seguir instrucciones que constan de 2 pasos como "Busca tus zapatos y colócalos en la canasta"?	☐	☐
k. Entender palabras como "encima", "adentro" y "debajo"?	☐	☐

G2 **¿Es este(a) niño(a) de 3 años de edad o más?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta G29 en la página 17***

G3 **¿Comenzó este(a) niño(a) la escuela?** *Incluya la enseñanza en el hogar formal (home schooling).*

☐ Sí, preescolar

☐ Sí, kindergarten

☐ Sí, primer grado

☐ No

G4 **¿Con qué frecuencia puede reconocer este(a) niño(a) el sonido inicial de una palabra?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que la palabra "pelota" comienza con el sonido de la letra "p"?*

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ En raras ocasiones

☐ Nunca

G5 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una lista de palabras que empiecen con el mismo sonido? Por ejemplo, ¿puede este niño(a) decir "sol" y "sopa?"**

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ En raras ocasiones

☐ Nunca

G6 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) explicar cosas que ha visto o ha hecho de forma tal que usted pueda entender lo que pasó?**

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ En raras ocasiones

☐ Nunca

G7 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) escribir su propio nombre, aún si algunas de las letras no son las correctas o están al revés?**

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ En raras ocasiones

☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

G8 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) enfocarse en algo que usted le indique por al menos unos minutos?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) enfocarse en tareas sencillas?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G9 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) leer números de un dígito?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) leer los números 2 u 8?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G10 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una suma sencilla?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que dos bloques más tres bloques suman un total de cinco bloques?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G11 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) decirle qué grupo tiene más unidades?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que un grupo de siete bloques tiene más que un grupo de cuatro bloques?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G12 **Si le pide que cuente objetos, ¿hasta qué número puede contar este(a) niño(a) correctamente?**

- ☐ Este(a) niño(a) no sabe contar
- ☐ Hasta cinco
- ☐ Hasta diez
- ☐ Hasta 20
- ☐ Hasta 30 o más

G13 **¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este(a) niño(a)?**

- ☐ Todas
- ☐ Casi todas
- ☐ Aproximadamente la mitad
- ☐ Algunas
- ☐ Ninguna

G14 **¿Puede este(a) niño(a) decir palabras que rimen?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decir que "gato" y "pato" riman?*

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rimar
- ☐ Mal
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G15 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) reconocer y nombrar sus propias emociones?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

G16 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultades para cambiar de actividad cuando se le indica?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G17 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) juega bien con los(las) demás niños(as)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G18 **¿Con qué frecuencia se enoja este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G19 **¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G20 **¿Con qué frecuencia muestra este(a) niño(a) inquietud cuando ve que otros(as) están lastimados(as) o infelices?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G21 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para calmarse?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G22 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para esperar su turno?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G23 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) continuar trabajando en algo aún cuando le resulte difícil?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

G24 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) comparte sus juguetes o juegos con otros niños?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

G25 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) rebotar una pelota por varios segundos?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rebotar una pelota
- ☐ Mal
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G26 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar un círculo?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar un círculo
- ☐ Mal
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G27 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una cara con ojos y boca?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una cara con ojos y boca
- ☐ Mal
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G28 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas
- ☐ Mal
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G29 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)…**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Es cariñoso(a) y tierno(a) con usted?	☐	☐	☐	☐
b. Se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como quiere?	☐	☐	☐	☐
c. Muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	☐	☐	☐	☐
d. Sonríe y se ríe	☐	☐	☐	☐

COPIA DE INFORMACIÓN

H. Acerca de usted y este(a) niño(a)

H1 **¿Nació este(a) niño(a) en los Estados Unidos?**

- ☐ Sí → ***PASE a la pregunta*** **H3**
- ☐ No

H2 **Si la respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha vivido este(a) niño(a) en los Estados Unidos?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

H3 **¿Cuántas veces se ha mudado este(a) niño(a) a una nueva dirección desde que nació?**

☐☐ Cantidad de veces

H4 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) se va a dormir aproximadamente a la misma hora durante las noches entre semana?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

H5 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántas horas durmió este(a) niño(a) en un día normal o promedio (incluya sueño durante las noches y las siestas)?**

- ☐ Menos de 7 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ 9 horas
- ☐ 10 horas
- ☐ 11 horas
- ☐ 12 horas o más

H6 ***Responda la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene MENOS DE 12 MESES DE EDAD. De lo contrario, PASE a la pregunta*** **H7** ***.***

¿En qué posición acuesta con mayor frecuencia al bebé para dormir?
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Sobre un costado
- ☐ De espaldas
- ☐ Sobre su estómago

H7 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) bebió bebidas azucaradas como gaseosa, jugos de fruta, bebidas deportivas o té dulce?**
No incluya los jugos de 100% fruta.

- ☐ Este(a) niño(a) no consumió ninguna bebida azucarada
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H8 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió vegetales?** *Incluya cualquier vegetal fresco, congelado o enlatado. No incluya papas fritas o chips de papa.*

- ☐ Este(a) niño(a) no comió vegetales
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

COPIA DE INFORMACIÓN

H9 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió frutas?** *Incluya cualquier fruta fresca, congelada o enlatada. No incluya jugo.*

- ☐ Este(a) niño(a) no comió frutas
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

Conteste las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tiene por lo menos 3 años. De lo contrario pase a la pregunta H12.

H10 **EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE SEMANA, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre?** *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, afuera en la escuela o en la guardería, en un parque, patio de juegos u otra área de recreación al aire libre. Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Menos de 1 hora por día
- ☐ 1 hora por día
- ☐ 2 horas por día
- ☐ 3 horas por día
- ☐ 4 o más horas por día

H11 **EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre?** *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, en un parque, patio de juegos u otra área de recreación al aire libre. Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Menos de 1 hora por día
- ☐ 1 hora por día
- ☐ 2 horas por día
- ☐ 3 horas por día
- ☐ 4 o más horas por día

H12 **EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) frente a una televisión, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando juegos, accesando la internet o utilizando los medios de comunicación social?** *No incluya el tiempo dedicado a hacer tareas escolares.*

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas o más

H13 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este(a) niño(a)?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H14 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron un cuento o le cantaron canciones a este(a) niño(a)?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H15 **¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los(as) niños(as)?**

- ☐ Muy bien
- ☐ Algo bien
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada de bien

COPIA DE INFORMACIÓN

H16 **DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió...**

	Nunca	En raras ocasiones	A veces	Casi siempre	Siempre
a. Que este(a) niño(a) es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los(as) niños(as) de su edad?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

H17 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quién usted pudiera recurrir regularmente en busca de apoyo emocional relacionado con la crianza de los(as) niños(as)?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **H19**

H18 **Si la respuesta es sí, ¿recibió usted apoyo emocional de...**

	Sí	No
a. Esposo(a) o compañero(a) doméstico(a)?	☐	☐
b. Otro familiar o amigo(a) cercano(a)?	☐	☐
c. Un proveedor de cuidado médico?	☐	☐
d. Una iglesia, templo o un líder religioso?	☐	☐
e. Un grupo de apoyo o asistencia relacionado con una condición de salud específica?	☐	☐
f. Un grupo de apoyo?	☐	☐
g. Un consejero u otro profesional de la salud mental?	☐	☐
h. Otra persona, especifique:	☐	☐

H19 **¿Recibe este(a) niño(a) cuidado, por lo menos 10 horas a la semana, de otra persona que no sea su padre, madre o tutor?** *Pueder ser en una guardería infantil, centro de educación preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado de niños, niñera, au pair o pariente.*

☐ Sí

☐ No

H20 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de este(a) niño(a)?**

☐ Sí

☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

I. Acerca de su familia y su hogar

I1 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días se reunieron todos los miembros de la familia que viven en el hogar para comer juntos?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

I2 **¿Alguien que vive en su hogar fuma cigarrillos, cigarros o tabaco de pipa?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **I4**

I3 **Si la respuesta es sí, ¿alguien fuma dentro del hogar?**

- ☐ Sí
- ☐ No

I4 **¿Alguna persona en su hogar usa cigarrillos electrónicos?**

- ☐ Sí
- ☐ No

I5 **DESDE QUE ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ, ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil cubrir los gastos básicos, tales como alimentos o vivienda, utilizando sus ingresos familiares?**

- ☐ Nunca
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ En algunas ocasiones
- ☐ En muchas ocasiones

I6 **¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la capacidad de su hogar para poder costear los alimentos que necesitaba DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- ☐ Siempre pudimos costear buenas comidas nutritivas.
- ☐ Siempre pudimos costear lo suficiente para comer, pero no siempre la clase de alimentos que debemos comer.
- ☐ A veces no pudimos costear lo suficiente para comer.
- ☐ Con frecuencia no pudimos costear lo suficiente para comer.

I7 **En algún momento, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aunque fuera durante un mes, ¿algún miembro de la familia recibió lo siguiente...**

	Sí	No
a. Ayuda en efectivo de un programa de asistencia social del gobierno?	☐	☐
b. Cupones para alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)?	☐	☐
c. Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?	☐	☐
d. Tarjetas de débito para almuerzos escolares / Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés)?	☐	☐
e. Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)?	☐	☐

I8 **¿Recibe este(a) niño(a) SSI (por sus siglas en inglés), que es Ingreso Suplementario de Seguridad?**
SSI es diferente a la Seguridad Social.

- ☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es porque tiene una discapacidad?**

- ☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

I9 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en algún momento no pudo pagar su hipoteca o su alquiler a tiempo?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

I10 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia le preocupó o le estresó la posiblidad de un desalojo, una ejecución hipotecaria o que declarasen su casa no apta como vivienda?**

- ☐ Siempre
- ☐ Con frecuencia
- ☐ A veces
- ☐ Raras veces
- ☐ Nunca

I11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en cuántos lugares ha vivido este(a) niño(a)?**

☐☐ Número de lugares

I12 **DESDE QUE NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A), ¿alguna vez ha estado sin hogar o ha vivido en un refugio?** *Incluya el alojamiento en un refugio, motel, situación de vivienda temporal o de transición o sin un lugar estable para dormir.*

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

I13 **¿En su vecindario hay...**

	Sí	No
a. Aceras o paseos peatonales?	☐	☐
b. Un parque o área de juegos?	☐	☐
c. Un centro de recreación, centro comunitario o club "boys and girls"?	☐	☐
d. Una biblioteca o biblioteca ambulante?	☐	☐
e. Basura o desperdicios en las calles o aceras?	☐	☐
f. Hogares deteriorados o mal conservados?	☐	☐
g. Vandalismo, como ventanas rotas o grafitis?	☐	☐

I14 **¿En qué medida está de acuerdo con estas afirmaciones sobre su vecindario o comunidad?**

	Definitivamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
a. La gente de este vecindario se ayuda mutuamente	☐	☐	☐	☐
b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros(as) hijos(as)	☐	☐	☐	☐
c. Este(a) niño(a) está seguro(a) en nuestro vecindario	☐	☐	☐	☐
d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a dónde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	☐	☐	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

I15 **Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida de este niño(a). Éstos pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas quizás se sientan incómodas con estas preguntas. Usted puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.**

A su entender, ¿ha experimentado alguna vez este(a) niño(a) una de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron	☐	☐
b. Los padres o tutores murieron	☐	☐
c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel o en prisión	☐	☐
d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar	☐	☐
e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario	☐	☐
f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, estaba suicida o tenía depresión grave o severa	☐	☐
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	☐	☐
h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por su raza o grupo étnico	☐	☐
i. Fue tratado(a) o juzgado(a) de forma injusta a causa de una condición de salud o discapacidad	☐	☐

I16 **Cuando su familia enfrenta problemas, ¿con qué frecuencia es probable que hagan lo siguiente?**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Hablar juntos sobre qué hacer	☐	☐	☐	☐
b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas	☐	☐	☐	☐
c. Concentrarnos en nuestras fortalezas	☐	☐	☐	☐
d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles	☐	☐	☐	☐

I17 **DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido alguna visita de atención médica por video o teléfono?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿alguna de las visitas de atención médica de este(a) niño(a) se realizó por video o teléfono debido a la pandemia de coronavirus?**

☐ Sí ☐ No

I18 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) no asistió, retrasó o se saltó algún chequeo PREVENTIVO debido a la pandemia de coronavirus?**

☐ Sí

☐ No

I19 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿la guardería o lugar de cuidado regular de este(a) niño(a) ha sido cerrado o no ha estado disponible en algún momento debido a la pandemia de coronavirus?**

☐ Sí

☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

Acerca de usted

J1 **¿Qué parentesco tiene con este(a) niño(a)?**

- ☐ Padre o madre biológica o adoptiva
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Abuelo(a)
- ☐ Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- ☐ Otro(a): Pariente
- ☐ Otro(a): No pariente

J2 **¿Cuál es su sexo?**

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

J3 **¿Qué edad tiene?**

☐☐ Edad en años

J4 **¿Dónde nació?**

- ☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta J6***
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

J5 **¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?**
Use 4 dígitos para escribir el año en el que vino a vivir a los Estados Unidos.

☐☐☐☐ Año en 4 dígitos

J6 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Grado 8 o menos
- ☐ Grado 9 al 12; sin diploma
- ☐ Completé secundaria o GED
- ☐ Completé un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- ☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
- ☐ Título asociado universitario (AA, AS)
- ☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- ☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- ☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J7 **¿Cuál es su estado civil?**

- ☐ Casado(a)
- ☐ No casado(a) pero vivo con una pareja
- ☐ Nunca me he casado
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)

J8 **En general, ¿cómo está su salud física?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

COPIA DE INFORMACIÓN

J9 **En general, ¿cómo está su salud mental o emocional?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J10 **¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación de trabajo actual?**

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Trabaja SIN pago
- ☐ No tiene empleo pero está buscando trabajo
- ☐ No tiene empleo y no está buscando trabajo

J11 **¿Ha servido alguna vez en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Nunca estuvo en el servicio militar ➔ ***PASE a la pregunta*** **J13**
- ☐ Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional ➔ ***PASE a la pregunta*** **J13**
- ☐ Actualmente en servicio activo
- ☐ En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J12 **¿Fue mobilizado(a) en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

J13 **¿Tiene este(a) niño(a) otro padre, madre o cuidador adulto que vive en la casa?**

- ☐ Sí ➔ ***Complete las preguntas*** **J14** **-** **J25** ***para el otro padre(madre) o adulto cuidador***
- ☐ No ➔ ***VAYA a la pregunta*** **K1** ***en la página 26***

Otro Padre, Madre o Cuidador en el Hogar

J14 **¿Cuál es la relación de este(a) cuidador(a) con este(a) niño(a)?**

- ☐ Padre o madre biológica o adoptiva
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Abuelo(a)
- ☐ Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno
- ☐ Otro(a): Pariente
- ☐ Otro(a): No pariente

J15 **¿Cuál es el sexo de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

J16 **¿Qué edad tiene este(a) cuidador(a)?**

☐☐ Edad en años

J17 **¿Dónde nació este(a) cuidador(a)?**

- ☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta*** **J19** ***en la página 26***
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

J18 **¿Cuándo vino este(a) cuidador(a) a vivir a los Estados Unidos?** *Indique el año en que el cuidador vino a vivir en los Estados Unidos escribiendo los 4 dígitos.*

☐☐☐☐ Año en 4 dígitos

COPIA DE INFORMACION

J19 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que este(a) cuidador(a) ha completado?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Grado 8 o menos
- ☐ Grado 9 al 12; sin diploma
- ☐ Completó secundaria o GED
- ☐ Completó un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- ☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
- ☐ Título asociado universitario (AA, AS)
- ☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- ☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- ☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J20 **¿Cuál es el estado civil de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Casado(a)
- ☐ No casado(a) pero vivo con una pareja
- ☐ Nunca se ha casado
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)

J21 **En general, ¿cómo está la salud física de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J22 **En general, ¿cómo está la salud mental o emocional de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J23 **¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación de trabajo actual de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Trabaja SIN pago
- ☐ No tiene empleo pero está buscando trabajo
- ☐ No tiene empleo y no está buscando trabajo

J24 **¿Ha servido alguna vez este(a) cuidador(a) en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Nunca estuvo en el servicio militar → ***PASE a la pregunta*** **K1**
- ☐ Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional → ***PASE a la pregunta*** **K1**
- ☐ Actualmente en servicio activo
- ☐ En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J25 **¿Fue este(a) cuidador(a) mobilizado en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

K. Información del Hogar

K1 **¿Cuántas personas viven o se quedan en esta dirección?** *Incluya a todas las personas que usualmente viven o se quedan en esta dirección. NO incluya a personas que están viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses tales como estudiantes universitarios que viven afuera o personas de las Fuerzas Armadas mobilizadas*

☐☐ Cantidad de personas

K2 **¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de su familia?** *Familia se define como cualquier persona que tenga parentesco con este(a) niño(a) por consanguinidad, matrimonio, adopción o por el programa de cuidado Foster del gobierno.*

☐☐ Cantidad de personas

COPIA DE INFORMACIÓN

K3 **Ingreso en 2021**
Marque (X) la casilla "Sí" para CADA TIPO de ingreso recibido por la familia y escriba su mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque (X) la casilla "No" para los tipos de ingresos NO recibidos.

a. Jornales, sueldos o salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.

☐ Sí → $,,, .00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor o ingreso por herencias y fideicomisos.

☐ Sí → $,,, .00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

d. Seguro social o retiro para personal de ferrocarriles; pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos(as) o pensión por incapacidad.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social estatal o local.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

f. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

K4 **La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos en el año 2021. Piense en su ingreso familiar total EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO para todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad total antes de impuestos?** *Incluya dinero por trabajo, pensión para hijos menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También incluya ingresos por intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.*

$,,, .00 ☐ Pérdida
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

COPIA DE INFORMACIÓN

Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

A nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., queremos agradecerle por el tiempo y esfuerzo que dedicó a compartir información sobre su hogar y los niños en este hogar.

Sus respuestas son importantes y facilitarán que investigadores, legisladores y defensores de la familia comprendan mejor las necesidades en materia de salud y atención médica de los(as) niños(as) de nuestra población diversa.

Coloque el cuestionario completado en sobre adjunto con franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
ATTN: DCB 60-A
1201 E. 10th Street
Jeffersonville, IN 47132-0001

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo calcula que completar la Encuesta Nacional de Salud Infantil toma unos 36 minutos como promedio. Los comentarios sobre el cálculo del tiempo o cualquier otro aspecto relacionado, incluidas sugerencias para reducir el tiempo, deben dirigirse a: U.S. Department of Commerce, Paperwork Project 0607-0990, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a DEMO.Paperwork@census.gov y use "Paperwork Reduction Project 0607-0990" como asunto. Esta recopilación de información ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de aprobación de ocho dígitos de la OMB que aparece en la parte superior izquierda del cuestionario confirma la aprobación. De no mostrarse este número, no podríamos realizar esta encuesta.