



# 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.*



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-T2**  
(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)?

- 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comer o tragar debido a una condición médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolores dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sangrado en las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dientes deteriorados o caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Sí	No
a. Dificultades serias para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso el uso de anteojos o lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultades para vestirse o bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sordera o problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



¿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

**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

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

**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

¿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



**A26** ¿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

**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 en la página 6**

↳ 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

**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

/

**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



## 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** ¿Cuál es la estatura ACTUAL de este(a) niño(a)? *Su mejor estimado es aceptable.*

- pies Y  pulgadas
- O
- metros Y  centímetros

**C5** ¿Cuál es el peso ACTUAL de este(a) niño(a)? *Su mejor estimado es aceptable.*

- libras
- O
- kilogramos

**C6** ¿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

**C7** ¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho a usted que este(a) niño(a) tiene sobrepeso?

- Sí
- No

**C8** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿participó este(a) niño(a) en alguno de los siguientes comportamientos? *Marque (X) Sí o No en CADA uno.*

	Sí	No
a. Saltarse comidas o ayunar (NO incluya saltarse comidas o ayunos por creencias religiosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tener poco interés en la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Extremadamente quisquilloso(a) para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Atracciones de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Purgarse o vomitar después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Usar píldoras de dieta, laxantes o diuréticos (píldoras de agua) para perder o mantener su peso sin prescripción médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Exceso de ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. No comer por temor a vomitar o atragantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C9** *Responda la pregunta **C9** sólo si marcó "Sí" en al menos una línea en la pregunta **C8**. De lo contrario, salte a la pregunta **C10**. En la pregunta **C9**, considere sólo los comportamientos que marcó "Sí" en la Pregunta **C8**.*

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué tan preocupado(a) estuvo al observar estos comportamientos en su hijo(a)?

- Mucho
- Algo
- Nada en lo absoluto

**C10** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué tan preocupado(a) estuvo su hijo(a) acerca de su peso, figura o tamaño corporal?

- Mucho
- Algo
- Nada en lo absoluto



**C11** ¿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 C13**

**C12** 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

**C13** ¿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 C15**

**C14** Si la respuesta es sí, ¿es el mismo sitio donde lleva a este(a) niño(a) cuando se enferma?

- Sí
- No

**C15** **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**, ¿ha recibido **ESTE(A) NIÑO(A)** un examen de visión de un proveedor de salud que no sea 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

**C16** **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**, ¿ha visto este(a) niño(a) 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

**C17** **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 C20 en la página 9**

**C18** 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 C20 en la página 9**
- Sí, 1 visita
- Sí, 2 visitas o más

**C19** 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



**C20** 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 psiquiatras, psicólogos(as), enfermeras(as) psiquiátricas(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 C22**

**C21** ¿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

**C22** 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

**C23** 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 C25**

**C24** ¿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

**C25** 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

**C26** 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 C29**

**C27** 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:

**C28** ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los servicios que necesitaba este(a) niño(a) no estaban disponibles en su área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hubo problemas para programar u obtener una cita cuando este(a) niño(a) la necesitó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hubo problemas para obtener transportación o cuidado de los otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El consultorio médico o la clínica no estaba abierto(a) cuando este(a) niño(a) necesitó atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hubo problemas relacionados con el costo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**C29** 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

**C30** 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

**C31** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse por lo menos una noche?

- Sí
- No

**C32** ¿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 **C35**

**C33** Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el PRIMER plan?

años Y  meses

**C34** ¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?

- Sí
- No

**C35** ¿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 **C38**

**C36** Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos cuidados especiales?

años Y  meses

**C37** ¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE estos servicios especiales?

- Sí
- No

**C38** ¿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

**C39** ¿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**

**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 13.

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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lo(a) escucharon a usted con atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mostraron sensibilidad por sus valores y costumbres familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lo(a) hicieron sentir como un(a) colaborador(a) en el cuidado de este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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** en la página 12



**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?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Le hicieron fácil presentar las inquietudes o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este(a) niño(a)?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Trabajaron con usted para decidir sobre las mejores opciones para el cuidado de salud y opciones de tratamiento para este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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**

**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**

**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

**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 en la página 13**
- No fue necesario que el proveedor de cuidados de la salud se comunicara con estos proveedores → **PASE a la pregunta E1 en la página 13**

**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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cancelación por primas vencidas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Renunció a la cobertura porque costaba demasiado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Renunció a la cobertura porque los beneficios eran inadecuados                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Renunció a la cobertura porque las opciones de proveedores de servicios médicos eran inadecuadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación de la cobertura                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Otro(a), especifique: ↘  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 14

**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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. TRICARE u otros servicios de atención médica de las Fuerzas Armadas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Servicio de Salud Indio (Indian Health Services)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otro(a), especifique: ↘   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este(a) niño(a)?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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

## G. La educación y las actividades de este(a) niño(a)

**G1** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿aproximadamente cuántos días se ausentó de la escuela este(a) niño(a) por una enfermedad o lesión? Incluya los días perdidos de cualquier programa formal de educación en el hogar.

- No se ausentó ningún día
- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- De 7 a 10 días
- 11 días o más
- Este(a) niño(a) no estaba inscrito(a) en la escuela

**G2** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia lo han contactado de la escuela de este(a) niño(a) para informar de algún problema en la escuela?

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces o más



**G3** Tomando en cuenta todas las materias, ¿qué notas obtuvo este(a) niño(a) en el año escolar 2021-2022?

- Mayoría As
- Mayoría As y Bs
- Mayoría Bs y Cs
- Mayoría Cs y Ds
- Mayoría Ds o más bajas
- La escuela de este(a) niño(a) no evalúa en esta escala

**G4** DESDE QUE COMENZÓ KINDERGARTEN, ¿alguna vez ha repetido este(a) niño(a) algún grado?

- Sí
- No

**G5** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿participó este(a) niño(a) en...

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Prácticas de algún deporte de equipo o ha tomado lecciones de deporte después de la escuela o fines de semana?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Clubes u organizaciones después de la escuela o fines de semana?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguna otra actividad organizada o clases, tal como música, baile, otro idioma u otras artes?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Algún tipo de servicio comunitario o trabajo voluntario en la escuela, iglesia, templo o comunidad?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguna actividad con paga, incluyendo trabajos usuales como cuidando niños(as), cortando el césped u otro trabajo ocasional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**G6** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia asistió usted a eventos o actividades en las que este(a) niño(a) participaba?

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

**G7** DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días hizo este(a) niño(a) ejercicio, practicó un deporte o participó en actividades físicas durante al menos 60 minutos?

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

**G8** En comparación con otros niños de su edad, ¿tiene dificultad este(a) niño(a) para hacer amigos y cultivar esas amistades?

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Mucha dificultad

**G9** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este(a) niño(a) fue víctima de acoso escolar, burlas o fue excluido(a) por otros(as) niños(as)? No incluya a hermanos(as). Si la cantidad de veces cambió durante el año, reporte la cantidad más alta.

- Nunca (en los últimos 12 meses)
- 1-2 veces (en los últimos 12 meses)
- 1-2 veces por mes
- 1-2 veces por semana
- Casi todos los días

**G10** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este (a) niño(a) hostigó a otros(as), se burló de los(as) demás o los(as) excluyó(a)? No incluya a hermanos(as). Si la cantidad de veces cambió durante el año, reporte la cantidad más alta.

- Nunca (en los últimos 12 meses)
- 1-2 veces (en los últimos 12 meses)
- 1-2 veces por mes
- 1-2 veces por semana
- Casi todos los días



**G11** ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabaja para terminar las tareas que comienza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se mantiene tranquilo(a) y en control cuando enfrenta un desafío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le importa que le vaya bien en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hace la tarea completa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Discute demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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?

- Menos de 6 horas
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas
- 11 horas o más

**H6** 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, accediendo a 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

**H7** ¿Qué tan bien pueden usted y este(a) niño(a) compartir ideas o hablar sobre cosas realmente importantes?

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

**H8** ¿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



**H9** 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**H10** 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 11**

**H11** Si la respuesta es sí, ¿recibió usted apoyo emocional de...

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

## 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 14**

**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.



**17** 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?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cupones para alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tarjetas de débito para almuerzos escolares / Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés)?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18** ¿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

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

- Sí
- No
- No sabe

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

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

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

Número de lugares

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

- Sí
- No
- No sabe

**113** ¿En su vecindario hay...

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

**114** ¿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  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros(as) hijos(as)                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| c. Este(a) niño(a) está seguro(a) en nuestro vecindario   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a dónde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| e. Este(a) niño(a) está seguro(a) en la escuela   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |



**115** Además de usted u otro adulto en el hogar, ¿hay al menos otro adulto en la escuela, vecindario o comunidad del(de la) niño(a) que lo(la) conozca bien y en quien el(ella) pueda depender para recibir consejo u orientación?

- Sí  
 No

**116** Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida del (de la) 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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los padres o tutores murieron   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel o en prisión   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, estaba suicida o tenía depresión grave o severa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por su raza o grupo étnico                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Fue tratado(a) o juzgado(a) de forma injusta a causa de una condición de salud o discapacidad             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**117** 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                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Concentrarnos en nuestras fortalezas             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**118** DURANTE LOS ÚLTIMOS 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

**119** 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

**120** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguno de los centros de cuidado infantil de este(a) niño(a) cerró o no estuvo disponible en algún momento debido a la pandemia de coronavirus? Por favor incluya el centro de cuidado de antes y después de la escuela y cualquier otro proveedor de cuidado infantil que no estuvo disponible.

- Sí  
 No



## 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



**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 estubo 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 movilizado(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 22**

## 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 22**
- 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



**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) movilizado 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 movilizadas.

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





## 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 35 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](mailto: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.

