



## 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 actualmente 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 y no se le permite divulgar sus respuestas de manera que usted o su hogar pudieran ser identificados. La Oficina del Censo de los Estados Unidos está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud de los Niños para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) en conformidad con la Sección 8(b) del Título 13, Código de los Estados Unidos, que le permite a la Oficina del Censo realizar encuestas para otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42, Código de los Estados Unidos, le permite al HHS recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los(as) niños(as) en los Estados Unidos. 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. De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

Cualquier información que proporcione será compartida para fines relacionados con el trabajo identificado anteriormente y según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 (Sección 552 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**  
(05/30/2019)



## 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 tomar de su tiempo para completar esta encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

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

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

La encuesta deberá ser completada por un adulto familiarizado 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** ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Este(a) niño(a) es cariñoso(a) y tierno(a) con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Este(a) niño(a) se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como él o ella quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Este(a) niño(a) muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Este(a) niño(a) sonríe y se ríe mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A4** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido dificultades CRÓNICAS o FRECUENTES con cualquiera de los(as) siguientes?

	Sí	No
a. Respirar u otros problemas respiratorios (como respiración sibilante o 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 crónico o recurrente, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usando sus manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Coordinación o moviéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sangrado en las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dientes deteriorados o caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A5** ¿Presenta este(a) niño(a) alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No
a. Sordera o problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ALGUNA VEZ un médico u otro(a) profesional de la salud le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...

**A6** ¿Alergias (incluyendo alimentos, medicamentos, insectos o de otro tipo)?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A7** ¿Artritis?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A8** ¿Asma?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A9** ¿Lesión cerebral, contusión o lesión en la cabeza?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A10** ¿Parálisis cerebral?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

ALGUNA VEZ un médico u otro(a) profesional de la salud le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...

**A11** ¿Diabetes?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A12** ¿Epilepsia o trastornos convulsivos?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A13** ¿Condición o problemas cardíacos?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A14** ¿Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A15** ¿Síndrome de Tourette?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave



ALGUNA VEZ un médico u otro(a) profesional de la salud le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...

**A16** ¿Problemas de ansiedad?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A17** ¿Depresión?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A18** ¿Síndrome de Down?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A19** ¿Trastornos sanguíneos (como enfermedad de anemia drepanocítica o de células falciformes, talasemia o hemofilia)?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

Esta condición, ¿fue identificada por medio de una prueba de sangre realizada poco después del nacimiento? Estas pruebas a veces se llaman pruebas de detección para recién nacidos.

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿fue este(a) niño(a) diagnosticado(a) con:

	Sí	No
Enfermedad de anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talasemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALGUNA VEZ un médico u otro(a) profesional de la salud le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...

**A20** ¿Fibrosis quística?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

Esta condición, ¿fue identificada por medio de una prueba de sangre realizada poco después del nacimiento? Estas pruebas a veces se llaman pruebas de detección para recién nacidos.

Sí  No

**A21** ¿Otra condición genética o hereditaria?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, especifique: ↴

↳ La condición es:

Leve  Moderada  Grave

Esta condición, ¿fue identificada por medio de una prueba de sangre realizada poco después del nacimiento? Estas pruebas a veces se llaman pruebas de detección para recién nacidos.

Sí  No

ALGUNA VEZ un médico, otro proveedor de atención médica o un educador le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...

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

**A22** ¿Problemas de comportamiento o conducta?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A23** ¿Retraso en el desarrollo?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave



**ALGUNA VEZ un médico, otro proveedor de atención médica o un educador le ha dicho a usted que este(a) niño(a) padece de...**

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

**A24** ¿Discapacidad intelectual (anteriormente conocida como retraso mental)?

Sí  No

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la discapacidad es:

Leve  Moderada  Grave

**A25** ¿Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?

Sí  No

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A26** ¿Discapacidades del aprendizaje?

Sí  No

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la discapacidad es:

Leve  Moderada  Grave

**A27** ¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de atención médica 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 A32 en la página 6**

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A28** ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando un médico u otro proveedor de atención médica le dijo a usted por **PRIMERA VEZ** que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?

Edad en años  No sabe

**A29** ¿Qué tipo de médico u otro proveedor de atención médica fue el **PRIMERO** en decirle a usted que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)? *Marque (X) sólo UNA opción.*

Proveedor de atención primaria

Especialista

Psicólogo(a)/consejero(a) escolar

Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)

Psiquiatra

Otro(a), especifique:

No sabe

**A30** ¿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

**A31** En algún momento **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿recibió este(a) niño(a) tratamiento de la conducta por Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este(a) niño(a) para ayudar con su conducta?

Sí  No



**A32** ¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de atención médica que este(a) niño(a) padece del Trastorno por Déficit de Atención o del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es decir, TDA or TDAH?

Sí  No → **PASE a la pregunta A35**

↳ Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la condición ACTUALMENTE?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve  Moderada  Grave

**A33** ¿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

**A34** En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) tratamiento de la conducta por el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tal como alguna capacitación o intervención que haya recibido usted o este(a) niño(a) para ayudar con su conducta?

Sí  No

**A35** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las condiciones o los problemas de salud de este(a) niño(a) afectaron su capacidad para hacer actividades que realizan otros(as) niños(as) de su 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 capacidad de hacer actividades?

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 la fecha para la cual se esperaba el parto?

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?

Responda utilizando libras y onzas O kilogramos y gramos. Puede proveer su mejor aproximación o estimación.

libras Y  onzas

O

kilogramos Y  gramos

**B4** ¿Qué edad tenía la madre cuando nació este(a) niño(a)? Puede proveer su mejor aproximación o estimación.

Edad en años

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

Sí

No → **PASE a la pregunta B7 en la página 7**

**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?

días

O

semanas

O

meses

O

Marque esta casilla si este(a) niño(a) aún está amamantando



**B7** ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando tomó leche de fórmula por PRIMERA VEZ?

Marque esta casilla si este(a) niño(a) nunca tomó leche de fórmula

Al nacer

días

semanas

meses

**B8** ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula? Incluya jugo, leche de vaca, agua con azúcar, alimento para bebé o cualquier otra cosa que haya ingerido este(a) niño(a), incluso agua.

Marque esta casilla si este(a) niño(a) nunca ingirió otro alimento aparte de leche materna o de fórmula

Al nacer

días

semanas

meses

## C. Servicios de atención médica

**C1** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿vio este(a) niño(a) a algún médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud para recibir atención por una enfermedad, para la visita de niño sano, realizarse un examen físico, por hospitalizaciones o recibir cualquier otro tipo de atención médica?

Sí

No → PASE a la pregunta **C4**

**C2** Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo este(a) niño(a) una consulta con un médico, enfermero(a) u otro(a) 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 o 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 un chequeo PREVENTIVO, ¿aproximadamente cuánto tiempo en el consultorio estuvo con usted el médico o proveedor de atención médica que examinó a este(a) niño(a)? Puede proveer su mejor aproximación o estimación.

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 atención médica de este(a) niño(a) si usted estaba preocupado(a) por el aprendizaje, el desarrollo o la 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**.

**DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿le pidió un médico u otro proveedor de atención médica 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 atención médica le solicitará al padre o la madre que complete éste 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 habla este(a) niño(a) o emite los sonidos del habla?

¿Cómo interactúa este(a) niño(a) 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 se comporta y se lleva con usted y los demás este(a) niño(a)?

**C8** ¿Hay algún lugar en donde usted u otro cuidador USUALMENTE lleva a este(a) niño(a) cuando está enfermo(a) o necesita asesoramiento sobre la salud de este(a) niño(a)?

Sí  
 No → PASE a la pregunta **C10**

**C9** Si la respuesta es sí, ¿adónde NORMALMENTE va este(a) niño(a) primero? Marque (X) SÓLO una opción.

- Consultorio del médico
- Sala de emergencias del hospital
- Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- 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 a donde este(a) niño(a) USUALMENTE va cuando necesita atención preventiva de rutina, como un examen físico o un chequeo de niño sano?

Sí  
 No → PASE a la pregunta **C12**

**C11** Si la respuesta es sí, ¿es éste el mismo lugar a donde el(la) niño(a) va cuando está enfermo(a)?

Sí  
 No

**C12** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se le hizo a este(a) niño(a) un examen de la vista, utilizando imágenes, formas o letras?

Sí  
 No → PASE a la pregunta **C14**

**C13** Si la respuesta es sí, ¿dónde se le examinó la vista a este(a) niño(a)? Marque (X) TODAS las que apliquen.

- Consultorio de un oculista o especialista en ojos (oftalmólogo, optometrista)
- Consultorio del pediatra u otro médico generalista
- Clínica o centro de salud
- Escuela
- Otro(a), especifique: ↘

**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?

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, ¿fue este(a) niño(a) al dentista u otro(a) profesional de la salud oral para recibir atención PREVENTIVA, como chequeos, limpiezas dentales, selladores dentales o tratamientos 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
- Instrucciones sobre cepillado de dientes y cuidado de la salud oral
- Radiografías
- Tratamiento de fluoruro
- Sellador (sellador plástico en muelas posteriores)
- No sabe

**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 psiquiatras, 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, ¿tomó este(a) niño(a) algún medicamento debido a dificultades con sus emociones, concentración o conducta?

- 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, cardiólogos(as), alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en una sola área de la 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 a usted 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 atención médica, mientras que otras se pueden realizar por cuenta propia.

- Sí
- No

**C23** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) atención médica en alguna ocasión pero no la recibió? Por atención médica nos referimos a la atención médica así como 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 atención no recibió?

Marque (X) TODAS las que apliquen.

- Atención médica
- Atención dental
- Atención de la vista
- Atención 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) Sí 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 transporte o cuidado de los niños  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El consultorio (del 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"/> |

**C26** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrad(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?

- Nunca
- 1 vez
- 2 o más veces

**C28** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse ahí 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) o Plan de Educación Individualizado (IEP).

- 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** ¿Recibió este(a) niño(a) ALGUNA VEZ servicios especiales para cumplir con sus necesidades del desarrollo, tales como terapia del habla, ocupacional o de la conducta?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D1** en la página 11



**C33** Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando comenzó a recibir estos servicios especiales?

 

Años Y

 

Meses

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

 Sí

 No

## D. Experiencia con los proveedores de atención médica de este(a) niño(a)

**D1** ¿Tiene usted a una o más personas a quienes considera como médico o enfermera(o) de cabecera de este(a) niño(a)? *Un médico o enfermo(a) es un profesional de la salud quien conoce bien al (a la) niño(a) y está familiarizado con la historia de salud de este(a) niño(a). Puede ser un médico de medicina general, un pediatra, un médico especialista, un(a) enfermero(a) practicante o asociado 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 a usted 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 de atención 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 u otros proveedores de atención médica 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) participante en la atención y cuidado de este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D5** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó tomar alguna decisión sobre el cuidado de salud de este(a) niño(a), tal como obtener medicamentos recetados, referidos o algún otro procedimiento médico?

 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 atención médica de este(a) niño(a)...

- |  | Siempre                  | Casi siempre             | A veces                  | Nunca                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Analizaron con usted la variedad de opciones a considerar para la atención médica o el tratamiento de este(a) niño(a)?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Le dieron lugar para expresar sus dudas 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 cuáles serían las mejores opciones para este(a) niño(a) en lo que se refiere a cuidado de salud y opciones de tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Sí
- No
- No vio a más de un proveedor de atención médica 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) entre 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 respecto a la comunicación entre los médicos de este(a) niño(a) y los demás proveedores de atención médica?

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

**D11** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿el proveedor de atención médica de este(a) niño(a) se comunicó con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial de este(a) niño(a)?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta E1**
- No fue necesario que el proveedor de atención médica 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 respecto a la comunicación que el proveedor de atención médica de este(a) niño(a) ha tenido con la escuela, el proveedor de cuidado de niños 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 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 en la página 13**
- 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 atención médica 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**

**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, Medical Assistance, o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o una 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 servicios que satisfacen 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 proveedores de atención médica que necesita?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

**E7** Pensando específicamente en las necesidades de salud mental o de conducta de este(a) niño(a), ¿con qué frecuencia el seguro de salud de este(a) niño(a) ofrece beneficios o cubre servicios que satisfacen estas necesidades?

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

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

**F1** Incluyendo co-pagos y cantidades reembolsables de las Cuentas de Ahorros de Salud (HAS) y Cuentas de Gastos Flexibles (FSA), ¿cuánto dinero pagó por los cuidados médicos, de salud, dentales y de visión de este(a) niño(a) 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 en la página 14**
- 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. ¿Redució 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 dedica 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 dedica usted u otros miembros de la familia haciendo arreglos o coordinando la atención médica o de la salud de este(a) niño(a), tal como 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. 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 **H1** en la página 17.

**G1** ¿Puede este(a) niño(a) hacer lo siguiente... Marque (X) Sí o No en cada pregunta.

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

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta **H1** en la página 17

**G3** ¿Comenzó este(a) niño(a) la escuela? *Incluya cualquier programa formal de enseñanza en el hogar (homeschooling).*

- Sí, preescolar
- Sí, kindergarten
- Sí, primer grado
- No

**G4** ¿Está usted preocupado(a) acerca de cómo este(a) niño(a) está aprendiendo a hacer cosas por su cuenta?

- No
- Sí, algo preocupado(a)
- Sí, muy preocupado(a)



**G5** ¿Cuán seguro(a) está de que este(a) niño(a) está listo(a) para ir a la escuela?

- Completamente seguro(a)
- Casi seguro(a)
- Un poco seguro(a)
- Para nada seguro(a)

**G6** ¿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

**G7** ¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este(a) niño(a)?

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

**G8** ¿Puede este(a) niño(a) decir palabras que rimen?

- Sí
- No

**G9** ¿Con qué frecuencia puede explicar este(a) niño(a) lo que ha visto o hecho para que usted tenga una idea bastante clara de lo que pasó?

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

**G10** ¿Con qué frecuencia puede escribir este(a) niño(a) su nombre incluso si algunas de las letras no están del todo bien o están al revés?

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

**G11** ¿Hasta qué número puede contar este(a) niño(a)?

- Este(a) niño(a) no sabe contar
- Hasta cinco
- Hasta diez
- Hasta 20
- Hasta 50
- Hasta 100 o más

**G12** ¿Con qué frecuencia puede identificar este(a) niño(a) formas básicas, como un triángulo, círculo o cuadrado?

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

**G13** ¿Puede este(a) niño(a) identificar los colores rojo, amarillo, azul y verde por sus nombres?

- Sí, todos
- Sí, algunos
- No, ninguno

**G14** ¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este(a) niño(a)?

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



**G15** ¿Con qué frecuencia sigue trabajando este(a) niño(a) en algo hasta terminarlo?

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

**G16** Cuando este(a) niño(a) está prestando atención, ¿con qué frecuencia puede seguir instrucciones para completar una tarea simple?

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

**G17** Generalmente, ¿cómo sostiene un lápiz este(a) niño(a)?

- Usa los dedos para sostener el lápiz
- Agarra el lápiz con todo el puño
- Este(a) niño(a) no puede sostener un lápiz

**G18** ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) juega bien con los(as) demás?

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

**G19** ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) se enfada o se siente ansioso(a) cuando pasa de una actividad a otra?

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

**G20** ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) muestra preocupación cuando otros(as) están heridos(as) o infelices?

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

**G21** Cuando está emocionado(a) o alterado(a), ¿con qué frecuencia puede este(a) niño(a) calmarse rápidamente?

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

**G22** ¿Con qué frecuencia pierde este(a) niño(a) el control de su temperamento cuando las cosas no salen a su manera?

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

**G23** En comparación con otros(as) niños(as) de la misma edad, ¿cuánta dificultad tiene este(a) niño(a) para hacer o mantener amistades?

- Ninguna dificultad
- Algo de dificultad
- Mucha dificultad

**G24** En comparación con otros(as) niños(as) de la misma edad, ¿con qué frecuencia puede permanecer este(a) niño(a) quieto(a) mientras está sentado(a)?

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





## 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 dirección nueva 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) sólo UNA opción.

- De costado
- Boca arriba
- Boca abajo

**H7** 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

**H8** 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

**H9** 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

**H10** ¿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



**H11** DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió...

- |  | Nunca                    | En raras ocasiones       | A veces                  | Casi siempre             | Siempre                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Qué 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. ¿Qué 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. ¿Qué estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**H12** 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 **H14**

**H13** Si la respuesta es sí, ¿recibió usted apoyo emocional de...

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Esposo(a) o compañero(a) de casa?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Otro familiar o amigo(a) cercano(a)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Un proveedor de atención médica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Un lugar de culto 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**H14** ¿Recibe este(a) niño(a) cuidado, por lo menos 10 horas semanales, de otra persona que no sea su padre, madre o tutor? Pueder ser una guardería infantil, centro de educación preescolar, programa Head Start, hogar de cuidado de niños, niñera, au pair o pariente.

- Sí
- No

**H15** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar de su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de niños para este(a) niño(a)?

- Sí
- No

## 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** en la página 19

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

- Sí
- No



**14** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se utilizaron pesticidas dentro de su residencia para controlar los insectos? Si la frecuencia cambió durante el año, indique la frecuencia más alta.

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Una vez cada 2 a 5 meses
- Una vez cada 6 meses
- Una vez durante los últimos 12 meses
- Nunca
- No sé

**15** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aparte de en una ducha o bañera ¿ha visto moho, hongos u otros signos de daños por agua en las paredes u otras superficies dentro de su casa?

- Sí
- No

**16** 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. Saber que tenemos fuerzas en donde ayoyarnos     | <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"/> |

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

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

**18** ¿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.

**19** 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)?  | <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. ¿Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20** ¿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"/> |



**111** ¿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 donde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**112** 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, ¿el(la) niño(a) experimentó **ALGUNA VEZ** algunas 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	<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"/>

## J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

→ Complete las siguientes preguntas hasta **UN MÁXIMO DE DOS ADULTOS** por hogar para cada uno de los cuidadores primarios de este(a) niño(a).

### CUIDADOR 1 (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 en la página 21**
- Fuera de los Estados Unidos

**J5** ¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

Indique el año en el que vino a vivir en los Estados Unidos escribiendo los 4 dígitos.

Año en 4 dígitos



**J6** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado? Marque (X) sólo 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** ¿Tuvo trabajo por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- Sí
- No

**J11** ¿Ha prestado usted alguna vez servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

Marque (X) sólo UNA opción.

- Nunca estuvo en el servicio militar → **PASE a la pregunta J13**
- Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional I → **PASE a la pregunta J13**
- En servicio activo ahora
- 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

→ Si este niño(a) tiene otro cuidador primario adulto que puede estar viviendo en este hogar, complete las preguntas **J13 - J24**. De otra manera, pase a la pregunta **K1** en página 22.

## CUIDADOR 2

**J13** ¿Qué parentesco tiene Cuidador 2 con este(a) niño(a)?

- Sólo hay un cuidador primario en este hogar para este(a) niño(a) → **PASE a la pregunta K1 en la página 22**.
- 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

**J14** ¿Cuál es el sexo de Cuidador 2?

- Masculino
- Femenino

**J15** ¿Qué edad tiene Cuidador 2?

Edad en años



**J16** ¿Dónde nació Cuidador 2?

- En los Estados Unidos → **PASE a la pregunta J18**
- Fuera de los Estados Unidos

**J17** ¿Cuándo vino Cuidador 2 a vivir a los Estados Unidos? Indique el año en el que el cuidador vino a vivir en los Estados Unidos escribiendo los 4 dígitos.

Año en 4 dígitos

**J18** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que Cuidador 2 ha completado? Marque (X) SÓLO 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)

**J19** ¿Cuál es el estado civil de Cuidador 2?

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

**J20** En general, ¿cómo está la salud física de Cuidador 2?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J21** En general, ¿cómo está la salud mental o emocional de Cuidador 2?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

**J22** ¿Tuvo trabajo Cuidador 2 por lo menos 50 semanas de las últimas 52 semanas?

- Sí
- No

**J23** Cuidador 2, ¿ha prestado alguna vez servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) sólo UNA opción.

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

**J24** ¿Fue Cuidador 2 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, como estudiantes universitarios que viven afuera o personas de las Fuerzas Armadas en despliegue.

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



**K3 Ingreso en 2018**

Marque (X) la casilla "Sí" para los tipos de ingresos recibidos por la familia y dé la mejor aproximación de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque (X) la casilla "No" para mostrar 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; o pensión para incapacidad**

Sí → \$            .00

No CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

**e. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social del estado o la oficina de asistencia social 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 (Veterans Administration, VA), 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 2018. Piense en su ingreso familiar total EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO para todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad antes de impuestos? Incluya dinero del trabajo, pensión para hijos menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También, incluya ingresos de intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.

\$            .00

CANTIDAD TOTAL en el último año calendario



## Instrucciones de envío postal

### Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., queremos agradecerle por su esfuerzo y el tiempo que dedicó para compartir esta información sobre este(a) niño(a) y su familia.

Sus respuestas son importantes para nosotros y facilitarán que investigadores, personas encargadas de formular políticas públicas y defensores de la familia comprendan mejor las necesidades en materia de salud y atención médicas de los(as) niños(as) de nuestra población diversa.

**Coloque el cuestionario completado en el sobre 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

También puede llamar al **1-800-845-8241** para solicitar un sobre de reemplazo.

COPIA DE INFORMACIÓN

Estimamos que completar la Encuesta Nacional de Salud Infantil toma unos 33 minutos en promedio. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Comercio de los EE.UU., Proyecto de Papelería 0607-0990, Oficina del Censo de los EE.UU., 4600 Silver Hill Road, Sala 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a [DEMO.Paperwork@census.gov](mailto:DEMO.Paperwork@census.gov); usando "Paperwork Project 0607-0990" como asunto. Esta recolección ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de autorización OMB de ocho dígitos que aparece en la parte superior izquierda del formulario o en el extremo inferior izquierdo de la pantalla de acceso confirman esta autorización. Si no se mostrara este número, no podríamos realizar esta encuesta.

