



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.



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-T3
(05/09/2019)



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)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

A3 ¿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 toda la tarea requerida?	<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"/>

A4 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)? 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

A5 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este(a) niño(a) hostigó a otros(as) en el entorno escolar, se burló de los(as) demás o los(as) excluyó(a)? 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



A6 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. Dolor de muelas | <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"/> |

A7 ¿Presenta este(a) niño(a) alguno de los siguientes problemas?

- | | 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. Dificultades serias para caminar o subir escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultades para vestirse o bañarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dificultades para hacer diligencias solo o sola, como visitar el consultorio u oficina del médico o ir de compras, debido a una condición física, mental o emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sordera o problemas de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 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...

A8 ¿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

A9 ¿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

A10 ¿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

A11 ¿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



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

A12 ¿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

A13 ¿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

A14 ¿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

A15 ¿Condición o problemas cardiacos?

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 ¿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

A17 ¿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

A18 ¿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

A19 ¿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



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

A20 ¿Síndrome de Down?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

A21 ¿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"/>

A22 ¿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

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

A23 ¿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

A24 ¿Trastornos por uso de drogas?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, el trastorno es:

Leve Moderado 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.

A25 ¿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

A26 ¿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.

A27 ¿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

A28 ¿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

A29 ¿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

A30 ¿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 A35 en la página 7**

↳ 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

A31 ¿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

A32 ¿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

A33 ¿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

A34 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



A35 ¿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 A38**

↳ 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

A36 ¿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

A37 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

A38 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

A39 ¿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



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 C5**

C2 Si la respuesta es sí, en su ÚLTIMA visita de atención médica, ¿tuvo el (la) niño(a) la oportunidad de hablar con un médico u otro proveedor de atención médica en privado, sin que usted u otro adulto estuviera presente?

- Sí
- No

C3 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

C4 Pensando en la ÚLTIMA VEZ que llevo al (a la) niño(a) 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

C5 ¿Cuál es la estatura ACTUAL de este(a) niño(a)? *Puede proveer su mejor aproximación o estimación.*

- pies Y pulgadas
- O
- metros Y centímetros

C6 ¿Cuál es el peso ACTUAL de este(a) niño(a)? *Puede proveer su mejor aproximación o estimación.*

libras

O

kilogramos

C7 ¿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

C8 ¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho a usted que este(a) niño(a) tiene sobrepeso?

- Sí
- No

C9 ¿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 C11**

C10 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

C11 ¿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 C13 en la página 9**



C12 Si la respuesta es sí, ¿es éste el mismo lugar a donde el(la) niño(a) va cuando está enfermo(a)?

- Sí
- No

C13 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 C15**

C14 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: ➤

C15 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 C18**

C16 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 C18**
- Sí, 1 visita
- Sí, 2 visitas o más

C17 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

C18 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 C20**

C19 ¿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

C20 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tomó este(a) niño(a) algún medicamento debido a dificultades con sus emociones, concentración o conducta?

- Sí
- No



C21 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 C23**

C22 ¿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

C23 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

C24 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 C27**

C25 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: ↘

C26 ¿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"/>

C27 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



C28 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

C29 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse ahí por lo menos una noche?

- Sí
- No

C30 ¿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 **C33**

C31 Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el PRIMER plan?

Años Y Meses

C32 ¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?

- Sí
- No

C33 ¿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**

C34 Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando comenzó a recibir estos servicios especiales?

Años Y Meses

C35 ¿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** en la página 12

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 **D13** en la página 13.

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**

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** en la página 13

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** en la página 13

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 D13**
- No fue necesario que el proveedor de atención médica se comunicara con estos proveedores → **PASE a la pregunta D13**

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

D13 ¿Acaso algunos de los médicos o proveedores de atención médica de este(a) niño(a) tratan solamente a niños(as)?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta D15**

D14 Si la respuesta es sí, ¿han hablado ellos(as) con usted sobre cuando este(a) niño(a) necesitará ver a médicos u otros proveedores de atención médica que tratan a adultos?

- Sí
- No

D15 El médico de este(a) niño(a) u otro proveedor de atención médica, ¿ha trabajado con este(a) niño(a) para...

Sí No No sabe

- a. **¿Hacer elecciones positivas para la salud?** *Por ejemplo, comer saludable, hacer actividad física periódicamente, no consumir tabaco, alcohol u otras drogas, o posponer la actividad sexual.*
- b. **¿Adquirir habilidades para controlar su salud y atención médica?** *Por ejemplo, comprender sus necesidades actuales de salud, saber qué hacer en caso de una emergencia médica, o tomar los medicamentos que necesita.*
- c. **¿Comprender los cambios en la atención médica que ocurren a los 18 años?** *Por ejemplo, comprender los cambios con respecto a la privacidad, dar consentimiento, acceso a la información o la toma de decisiones.*

D16 ¿Recibieron usted y este(a) niño(a) un resumen médico sobre el historial médico de su hijo(a) (por ejemplo, condiciones médicas, alergias, medicamentos, inmunizaciones)?

- Sí
- No

D17 El médico u otros proveedores de atención médica de este(a) niño(a), ¿han trabajado con usted y el (la) niño(a) para crear un plan de cuidado con el fin de alcanzar las metas y necesidades de salud del (de la) niño(a)?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta D20 en la página 14**

D18 Si la respuesta es sí, ¿usted y este(a) niño(a) tienen acceso a este plan de cuidado?

- Sí
- No

D19 ¿Acaso este plan de cuidado aborda la transición a médicos y otros proveedores de atención médica que tratan a adultos?

- Sí
- No
- No, este(a) niño(a) ya ve a proveedores que tratan a adultos



D20 La elegibilidad para el seguro de salud a menudo cambia en la adultez temprana. ¿Sabe cómo este(a) niño(a) estará asegurado(a) cuando pase a ser adulto?

Sí → **PASE a la pregunta E1**

No

D21 Si la respuesta es no, ¿alguien ha hablado con usted acerca de cómo obtener o mantener algún tipo de cobertura de seguro de salud cuando este(a) niño(a) pase a ser adulto?

Sí

No

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**

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 en la página 15**

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**
- 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. 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? *Si el(la) niño(a) recibe educación formal en el hogar, incluya los días en los que él(ella) se ausentó.*

- 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, ¿cuántas veces se comunicó la escuela de este(a) niño(a) con usted u otro adulto de su casa por algún problema del (de la) niño(a) en la escuela?

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces o más



G3 DESDE QUE COMENZÓ KINDERGARTEN, ¿alguna vez ha repetido este(a) niño(a) algún grado?

- Sí
 No

G4 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

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

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Un equipo deportivo o clases de algún deporte después de la escuela o los fines de semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Clubes u organizaciones después de la escuela o los 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, lugar de culto 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 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

G7 En comparación con otros(as) niños(as) de la misma edad, ¿qué dificultad tiene este(a) niño(a) para hacer o mantener amistades?

- Ninguna dificultad
 Un poco de dificultad
 Mucha dificultad

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) la mayoría de las noches entre semana?

- 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 la internet, o utilizando los medios de comunicación social? No incluya el tiempo dedicado a hacer tareas escolares.

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

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) niño(a)s?

- 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. ¿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 checked="" 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"/> |

H10 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quien usted pudiera recurrir regularmente en busca de apoyo emocional relacionado con la crianza de los(as) niños(as)?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **I1**

H11 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"/> |

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 18



13 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 checked="" 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 apoyarnos	<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"/>



110 ¿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"/> |
| e. Este(a) niño(a) está seguro(a) en la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Sí
 No

113 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, ¿este(a) 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 apofetearse, 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**
- Fuera de los Estados Unidos

J5 ¿Cuándo vino a vivir en 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 en 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 mobilizado en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?

- Sí
- No

K. Información del Hogar

K1 ¿Cuántas personas viven o se quedan en esta dirección? Incluya a todas las personas que usualmente viven o se quedan en esta dirección. NO incluya a personas que están viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses, 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



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; 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.

