



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.

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

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

NSCH-S-T2
(06/22/2020)



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 padre o madre o adulto cuidador que viva en este hogar y que esté familiarizado(a) con la salud y atención médica de este(a) niño(a).

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este(a) niño(a)

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

A3 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con cualquiera de los(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 recurrente o crónico, 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"/> |

A4 ¿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. Sordera o problemas de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



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

A5 Alergias (incluyendo 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

A6 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

A7 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

A8 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

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

A9 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

A10 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

A11 Condición o problemas cardiacos?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave



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

A12 Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

A13 Síndrome de Tourette?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

A14 Problemas de ansiedad?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

A15 Depresión?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

A16 Síndrome de Down?

Sí No

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

A17 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

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

Enfermedad de anemia drepanocítica? Sí No

Talasemia? Sí No

Hemofilia? Sí No

Otros trastornos sanguíneos? Sí No

¿Algún tipo de desorden sanguíneo, identificado con una prueba de sangre después del nacimiento? Estas pruebas a veces se llaman pruebas de detección para recién nacidos.

Sí No

A18 Fibrosis quística?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la condición es:

Leve Moderada Grave

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

A19 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



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

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

A20 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

A21 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

A22 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

A23 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

A24 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

A25 ¿**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 A30 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

A26 ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando su doctor o proveedor de servicios de salud le dijo **POR PRIMERA VEZ** que tenía autismo, ASD [síndrome de espectro de autismo], síndrome de Asperger o PDD [trastornos generalizados del desarrollo]?

Edad en años No sabe

A27 ¿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) **UNA** opción.

Proveedor de atención primaria

Especialista

Psicólogo(a)/consejero(a) escolar

Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)

Psiquiatra

Otro(a), especifique:

No sabe

A28 ¿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

A29 En algún momento **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha recibido este(a) niño(a) tratamiento conductual para el Autismo, ASD [síndrome de espectro de autismo], síndrome de Asperger o PDD [trastornos generalizados del desarrollo], tales como adiestramiento o una intervención que usted o este(a) niño(a) haya(n) recibido para ayudarle con su comportamiento?

Sí No



A30 ¿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 A33**

↳ 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 ¿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

A32 En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido este(a) niño(a) tratamiento conductual para el ADD [Trastorno por Déficit de Atención] o ADHD [Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad], tales como adiestramiento o una intervención que usted o este(a) niño(a) haya recibido para ayudarle con su comportamiento?

Sí No

A33 ¿Piensa usted que este(a) niño(a) ha sufrido ALGUNA VEZ un traumatismo craneoencefálico o una lesión cerebral? *Un traumatismo craneoencefálico o una lesión cerebral es cuando un golpe o sacudida de la cabeza causa problemas tales como dolores de cabeza, mareos, sensación de confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómito, visión borrosa, cambios en humor o comportamiento o pérdida de conciencia.*

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

A34 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las condiciones o problemas de salud de este(a) niño(a) han afectad su habilidad para hacer cosas que otros(as) niño(as) de su misma edad hacen?

Este(a) niño(a) no padece ninguna condición médica → **PASE a la pregunta B1**

Nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

A35 ¿En qué medidas las condiciones o problemas de salud de este(a) niño(a) afectan su habilidad para hacer cosas?

Muy poco

Algo

En gran medida

B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

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

Sí

No

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

Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

/

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

libras Y onzas

O

kilogramos Y gramos

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

Edad en años



C. Servicios de atención médica

C1 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue examinado(a) este(a) niño(a) por un médico, enfermera u otro profesional de la salud por una enfermedad, chequeos de bienestar infantil, exámenes físicos, hospitalizaciones u otro tipo de cuidado médico?

- 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) 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)? Su mejor estimado es aceptable.

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

C4 ¿Cuál es la estatura ACTUAL de este(a) niño(a)? Su mejor estimado es aceptable.

- pies Y pulgadas
- metros Y centímetros

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

- libras
- kilogramos

C6 ¿Le preocupa el peso de este(a) niño(a)?

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

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

- Sí
- No

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

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

C9 Si la respuesta es sí, ¿adónde NORMALMENTE va este(a) niño(a) primero? Marque (X) 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 donde usted u otro cuidador REGULARMENTE llevan a este(a) niño(a) cuando necesita cuidado preventivo de rutina, tales como exámenes físicos o chequeos de bienestar infantil?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **C12** en la página 8



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

- Sí
- No

C12 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se ha examinado la visión de este(a) niño(a), ya sea con 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**

C15 Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha sido examinado este(a) niño(a) por un dentista u otro proveedor de salud oral para cuidado dental PREVENTIVO, como chequeos, limpiezas dentales, sellos dentales o tratamientos de fluoruro?

- No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → **PASE a la pregunta C17**
- 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, ¿ha tomado este(a) niño(a) algún medicamento por la dificultad para controlar sus emociones, su concentración o su comportamiento?

- Sí
- No



C20 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) a algún especialista aparte de un profesional de la salud mental? *Los especialistas son médicos como cirujanos, 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**

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 frustrado(a) en sus esfuerzos para obtener servicios para este(a) niño(a)?

- Nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre



C27 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este(a) niño(a) a la sala de emergencias de un hospital?

- 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 ¿ALGUNA VEZ ha recibido este(a) niño(a) servicios especiales para manejar sus necesidades de desarrollo, como terapia de lenguaje, ocupacional o conductual?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D1**

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

años Y meses

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

- Sí
- No

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

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

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

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

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

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, ¿tuvo que tomar decisiones sobre el cuidado de salud de este(a) niño(a), como obtener prescripciones, derivaciones a otros médicos o procedimientos?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D7**

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

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Ha discutido con usted un rango de operaciones a considerar para su cuidado o tratamiento médico?	<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) a cargo de los diferentes doctores o servicios que utiliza este(a) niño(a)?

- 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 12

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

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



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

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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, ¿se comunicó el proveedor de salud de este(a) niño(a) con la escuela, guardería o programa de educación especial al que asiste este(a) niño(a)?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta E1**
- No fue necesario que el proveedor de 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 ALGUNA VEZ este(a) niño(a) cubierto(a) por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?

- Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → **PASE a la pregunta E4 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 en la página 13**



E4 ¿Está este(a) niño(a) **ACTUALMENTE** cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud?

Marque (X) Sí o No en CADA categoría.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de un empleador actual o previo o a través de un sindicato | <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 los servicios que responden a sus necesidades?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

E7 Pensando específicamente en las necesidades de servicios mentales o conductuales de este(a) niño(a), ¿con qué frecuencia el seguro de salud de este(a) niño(a) le ofrece beneficios o servicios que respondan a esas necesidades?

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

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

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

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

F2 ¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

- Sí
- No

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

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dejó el trabajo o se ausentó unos cuantos días debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



F5 EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas 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? *Incluya los días perdidos de cualquier programa formal de educación en el hogar.*

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

G2 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia lo han contactado, ya sea a usted u otro adulto en su hogar, desde la escuela de este(a) niño(a) para informar de cualquier problema 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

COPIA DE INFORMACIÓN



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

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ha practicado algún deporte de equipo o ha tomado lecciones de 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 niños de su edad, ¿tiene dificultad este(a) niño(a) para hacer amigos y cultivar esas amistades?

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Mucha dificultad

G8 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

G9 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este (a) niño(a) hostigó a otros(as), se burló de los(as) demás o los(as) excluyó(a)? Si la cantidad de veces cambió durante el año, reporte la cantidad más alta.

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

G10 ¿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"/> |



H. Acerca de usted y este(a) niño(a)

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

- Sí → PASE a la pregunta **H3**
- No

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

años Y meses

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

Cantidad de veces

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

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

H5 DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántas horas durmió este(a) niño(a) en un día normal o promedio?

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

H6 EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) frente a una televisión, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando juegos, accediendo a 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) niños(as)?

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

H9 DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió...

	Nunca	En raras ocasiones	A veces	Casi siempre	Siempre
a. 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"/>



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

Sí

No → **PASE a la pregunta 11**

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

	Sí	No
a. Esposo(a) o compañero(a) 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 14**

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

Sí

No

I4 DESDE QUE ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ, ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil cubrir los gastos básicos, como alimentos o vivienda, utilizando sus ingresos familiares?

Nunca

En raras ocasiones

En algunas ocasiones

En muchas ocasiones

I5 ¿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.



16 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"/> |

17 ¿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"/> |

18 ¿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"/> |

19 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

COPIA DE INFORMACIÓN



- 110** 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 abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, estaba suicida o tenía depresión grave o severa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por su raza o grupo étnico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ha sido juzgada(o) o tratado(a) injustamente por su orientación sexual o identidad de género | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 111** 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"/> |

J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

Acerca de usted

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

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

- J2** ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

- J3** ¿Qué edad tiene?

Edad en años

- J4** ¿Dónde nació?

- En los Estados Unidos → **PASE a la pregunta J6 en la página 20**
- 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) UNA opción.

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

J7 ¿Cuál es su estado civil?

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

J8 En general, ¿cómo está su salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

J10 ¿Cuál de las siguientes describe mejor su status actual de empleo?

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

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

Marque (X) UNA opción.

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

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

- Sí → **Complete las preguntas J14 - J25 para el otro padre(madre) o adulto cuidador**
- No → **VAYA a la pregunta K1 en la página 22**



Otro Padre, Madre o Cuidador en el Hogar

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

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

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

- Masculino
- Femenino

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

Edad en años

J17 ¿Dónde nació este(a) cuidador(a)?

- En los Estados Unidos → **PASE a la pregunta J19**
- Fuera de los Estados Unidos

J18 ¿Cuándo vino este(a) cuidador(a) 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

J19 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que este(a) cuidador(a) ha completado?

Marque (X) UNA opción.

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

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

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

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente



J23 ¿Cuál de las siguientes describe mejor este(a) cuidador(a) status actual de empleo?

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

J24 Este(a) cuidador(a), ¿ha prestado alguna vez servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA opción.

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

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

- Sí
- No

K. Información del Hogar

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

COPIA DE INFORMACIÓN



Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

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

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

Coloque el cuestionario completado en 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

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 confirman esta autorización. Si no se mostrara este número, no podríamos realizar esta encuesta.

