



Encuesta Nacional de Salud de los Niños

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



COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo está obligada por ley a proteger su información. No se nos permite divulgar sus respuestas de una forma que pudiera identificar su hogar. La Oficina del Censo realiza esta encuesta conforme a la autoridad de la Sección 8(b) del Título 13 del Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 8(b)) y de la Sección 501(a)(2) de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. § 701). La ley Federal protege su privacidad y la confidencialidad de sus respuestas conforme a la Sección 9 del Título 13 del Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 9). De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

Conforme a la Ley sobre la Privacidad de 1974 (Sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos), la Oficina del Censo mantiene estos registros en virtud de los Avisos sobre el Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de Encuestas Demográficas (Marco de Muestreo de la Oficina del Censo). El acceso a los registros mantenidos en el sistema está limitado a los empleados de la Oficina del Censo y ciertas personas autorizadas por el Título 13 del Código de los EE. UU. (a quienes se designa como personas con estatus de juramentación especial). Estas personas están sujetas a los mismos requisitos de confidencialidad que tienen los empleados fijos de la Oficina del Censo.

La participación en esta encuesta es voluntaria y no hay sanciones por negarse a contestar las preguntas. Sin embargo, para obtener esta información tan necesaria, su cooperación es extremadamente importante a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-S-T2
(04/19/2023)



Comience Aquí

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

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

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

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

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

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este(a) niño(a)

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

A3 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tenido este(a) niño(a) dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con lo siguiente?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Respiración u otros problemas respiratorios (tales como respiración sibilante o falta de aire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer o tragar debido a una afección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dolores dentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sangrado en las encías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dientes deteriorados o caries | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A4 ¿Tiene este(a) niño(a) lo siguiente?

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Dificultades serias para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una afección 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 un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

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

- Sí No

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

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

- Leve Moderada Grave

A6 Asma?

- Sí No

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

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

- Leve Moderada Grave



¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

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

Sí No

↳ La afección es:

Leve Moderada Grave

A8 Parálisis cerebral?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A9 Diabetes Tipo 2?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A10 Epilepsia o trastornos convulsivos?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A11 Afección o problemas cardíacos?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica 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 afección EN ESTE MOMENTO?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A13 Síndrome de Tourette?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A14 Problemas de ansiedad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿tiene este(a) niño(a) estos problemas ACTUALMENTE?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, los problemas son:

Leves Moderados Graves

A15 Depresión?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A16 Síndrome de Down?

Sí No



¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica **ALGUNA VEZ** que este(a) niño(a) tiene...

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

¿Le diagnosticaron a este(a) niño(a):

Anemia drepanocítica? Sí No

Talasemia? Sí No

Hemofilia? Sí No

Otros trastornos sanguíneos? Sí No

¿Fue alguno de estos trastornos identificado por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? A estas pruebas de sangre a veces se las llama pruebas de detección para recién nacidos.

Sí No

A18 Fibrosis quística?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

¿Fue identificada esta afección por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? A estas pruebas de sangre a veces se las llama pruebas de detección para recién nacidos.

Sí No

A19 Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)?

Sí No

¿Le ha dicho un médico, otro proveedor de atención médica o un educador **ALGUNA VEZ** que este(a) niño(a) tiene...

Ejemplos de educadores son los maestros y los enfermeros escolares.

A20 Problemas de comportamiento o conducta?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿tiene este(a) niño(a) estos problemas **ACTUALMENTE**?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, los problemas son:

Leves Moderados Graves

A21 Retraso en el desarrollo?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección 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 **EN ESTE MOMENTO**?

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 afección **EN ESTE MOMENTO**?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave

A24 Discapacidades del aprendizaje?

Sí No

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la discapacidad es:

Leve Moderada Grave

A25 ¿**ALGUNA VEZ** le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) padece de Autismo o Trastorno del Espectro Autista (TEA)? Incluye los diagnósticos de Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

Sí No → **PASE a la pregunta A30 en la página 5**

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

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve Moderada Grave



A26 ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando su médico o proveedor de servicios de salud le dijo POR PRIMERA VEZ que tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?

Edad en años

 No sabe

A27 ¿Qué tipo de médico u otro proveedor de servicios de salud fue el PRIMERO en decirle a usted que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?

Marque UNA (X) en una casilla.

- 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, ¿han recibido usted o este(a) niño(a) tratamiento conductual por Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), tal como adiestramiento o una intervención para ayudarle con su comportamiento?

 Sí No

A30 ¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de servicios médicos que este(a) niño(a) padece del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

 Sí No → PASE a la pregunta **A33**

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

 Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la afección 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 de la conducta para el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tales como adiestramiento o una intervención que usted o este(a) niño(a) haya recibido para ayudarle con su comportamiento?

 Sí No

A33 ¿Piensa usted que este(a) niño(a) ha sufrido ALGUNA VEZ una conmoción o lesión cerebral? Una conmoción o lesión cerebral es cuando un golpe o sacudida de la cabeza causa problemas tales como dolores de cabeza, mareos, sensación de confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómitos, visión borrosa, cambios de humor o comportamiento, o pérdida de la 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 médico o su proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) ha sufrido una conmoción o lesión cerebral?

 Sí No

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

 Este(a) niño(a) no padece ninguna afección → PASE a la pregunta **B1** en la página 6

 Nunca → PASE a la pregunta **B1** en la página 6

 A veces

 Casi siempre

 Siempre

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

 Muy poco

 Algo

 En gran medida


B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

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

- Sí
 No

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

Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

/

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

libras Y onzas
O

kilogramos Y gramos

C. Servicios de cuidados de la salud

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

- Sí
 No → **PASE a la pregunta C4**

C2 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo este(a) niño(a) una consulta con un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud para realizarse un chequeo PREVENTIVO?

Un chequeo preventivo hace referencia a que este(a) niño(a) no estaba enfermo(a) ni lesionado(a) cuando vio al profesional de la salud, tal como ocurre en un chequeo anual, un examen físico para hacer deporte o una visita de rutina.

- 0 visitas
 1 visita
 2 visitas o más

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

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

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

pies Y pulgadas
O

metros Y centímetros

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

libras
O

kilogramos

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

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

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

- Sí
 No

C8 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo este(a) niño(a) alguno de los siguientes comportamientos?

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



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

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

- Mucho
 Algo
 Nada en lo absoluto

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

- Mucho
 Algo
 Nada en lo absoluto

C11 ¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador **REGULARMENTE** llevan a este(a) niño(a) cuando se enferma o cuando necesita consejos sobre su salud?

- Sí
 No → **PASE a la pregunta C13**

C12 Si la respuesta es sí, ¿a dónde va este(a) niño(a) primero **USUALMENTE**?
Marque **UNA (X)** en una casilla.

- Consultorio médico
 Sala de emergencias del hospital
 Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
 Centro de atención de urgencias
 Clínica dentro de una farmacia o una tienda de comestibles
 Escuela (enfermería, oficina del entrenador deportivo)
 Otra clínica o centro de salud
 Algún otro lugar

C13 ¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador **REGULARMENTE** llevan a este(a) niño(a) cuando necesita cuidado preventivo de rutina, tales como exámenes físicos o chequeos de bienestar infantil?

- Sí
 No → **PASE a la pregunta C15**

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

- Sí
 No

C15 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ¿ha recibido este(a) niño(a) un examen de la vista de un proveedor de salud que no sea un especialista de los ojos? El examen pudo haberse hecho en el consultorio del pediatra, en una escuela, centro de educación preescolar/guardería infantil, o en un entorno comunitario, usando dibujos, formas, letras o una herramienta similar a una cámara.**

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se recomendó que este(a) niño(a) viera a un especialista de los ojos u otro proveedor de atención ocular para un examen u otros servicios de la vista como resultado del examen realizado? Un especialista de los ojos puede ser un optometrista o un oftalmólogo/oculista.

- Sí No

C16 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ¿ha visto este(a) niño(a) a un especialista de los ojos? Un especialista de los ojos puede ser un optometrista o un oftalmólogo/oculista.**

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿que tipo de cuidados recibió este(a) niño(a) en el consultorio de un especialista de los ojos?

Marque (X) en **TODAS** las opciones que correspondan.

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

C17 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención o cuidado dental u oral?**
Marque (X) en **TODAS** las opciones que correspondan.

- Sí, fue al dentista
 Sí, fue a otro(a) profesional de la salud oral
 No → **PASE a la pregunta C20 en la página 8**

C18 Si la respuesta es sí, **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visitado este(a) niño(a) un dentista u otro profesional de la salud oral para cuidado dental PREVENTIVO, tal como chequeo, limpieza dental, selladores dentales o tratamiento de fluoruro?**

- No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → **PASE a la pregunta C20 en la página 8**
 Sí, 1 visita
 Sí, 2 visitas o más



C19 Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicio(s) dental(es) PREVENTIVO(S) recibió este(a) niño(a)? Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

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

C20 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) algún tratamiento, consejería o asesoría por parte de un profesional de 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 salud mental
- No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un profesional de salud mental → PASE a la pregunta **C22**

C21 ¿Qué tan difícil le resultó obtener el tratamiento, consejería o asesoría de salud mental que este(a) niño(a) necesitaba?

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

C22 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tomado este(a) niño(a) algún medicamento por la dificultad para controlar sus emociones, su concentración o su comportamiento?

- Sí
- No

C23 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) a algún especialista aparte de un profesional de salud mental? Los especialistas son médicos como cirujanos(as), cardiólogos(as), alergistas, dermatólogos(as) y otros médicos que se especializan en un área de atención médica.

- Sí
- No, pero este(a) niño(a) necesitaba ver a un especialista
- No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un especialista → PASE a la pregunta **C25**

C24 ¿Qué tan difícil le resultó que este(a) niño(a) recibiera la atención del especialista que necesitaba?

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

C25 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) atención médica en algún momento pero no la recibió? Por atención médica nos referimos tanto a la atención médica así como la atención dental, de la vista y de salud mental.

- Sí
- No → PASE a la pregunta **C28** en la página 9

C26 Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de cuidado no recibió? Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

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

C27 ¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este(a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios? Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.

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



C28 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

C29 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este(a) niño(a) a la sala de emergencias de un hospital? *NO incluya las visitas a centros de atención de urgencias.*

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

C30 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse por lo menos una noche?

- Sí
- No

C31 ¿Recibió este(a) niño(a) ALGUNA VEZ un plan de educación especial o de intervención temprana? *Los(as) niños(as) que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).*

- Sí
- No → PASE a la pregunta **C34**

C32 Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el PRIMER plan?

años Y meses

C33 ¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?

- Sí
- No

C34 ¿ALGUNA VEZ ha recibido este(a) niño(a) servicios especiales para manejar sus necesidades de desarrollo? *Los servicios especiales pueden incluir terapias como del lenguaje, ocupacional, física o del comportamiento u otros servicios para satisfacer las necesidades relacionadas con el desarrollo.*

- Sí
- No → PASE a la pregunta **C37**

C35 Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos servicios especiales?

años Y meses

C36 ¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE estos servicios especiales?

- Sí
- No

C37 ¿ALGUNA VEZ le ha recomendado un médico, o un proveedor de servicios de salud, o un educador que se evalúe a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal? *Los educadores son por ejemplo maestros(as) y enfermeros(as) escolares.*

- Sí
- No
- No sabe

C38 ¿Se ha evaluado ALGUNA VEZ a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?

- Sí
- No
- No sabe

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

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

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

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D4** en la página 10



D3 ¿Qué tan difícil le resultó obtener remisiones?

- No fue difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- No fue posible obtener remisiones

D4 Responda las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tuvo una visita médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario vaya a la pregunta **E1** en la página 11.

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

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

D5 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, usted, otro cuidador o un proveedor de atención médica ¿tuvieron que tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de este(a) niño(a), como por ejemplo, dónde conseguir medicamentos, remisiones o procedimientos?

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D7**

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

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

D7 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le ayudó alguien a coordinar la atención de este(a) niño(a) con los diferentes médicos o servicios que utiliza este(a) niño(a)?

- Sí
- No
- No vio a más de un proveedor de servicios médicos en los ÚLTIMOS 12 MESES → PASE a la pregunta **D11** en la página 11

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta **D10**

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

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

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



D11 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se comunicó el proveedor de servicios médicos 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 servicios médicos se comunicara con estos proveedores → **PASE a la pregunta E1**

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

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

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

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

- Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → **PASE a la pregunta E3**
- Sí, pero este(a) niño(a) tuvo una interrupción en la cobertura
- No

E2 ¿Está este(a) niño(a) cubierto(a) ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?

- Sí
- No → **PASE a la pregunta F1 en la página 12**

E3 ¿Está este(a) niño(a) ACTUALMENTE cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura de salud?

Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.

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

E4 ¿Con qué frecuencia el seguro médico de este(a) niño(a) ofrece beneficios o cubre los servicios que responden a las necesidades de este(a) niño(a)?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

E5 ¿Con qué frecuencia el seguro médico de este(a) niño(a) le permite ver a los profesionales de cuidados de salud que necesita?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca



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

F1 Incluyendo los co-pagos y los montos reembolsados por la Cuenta de Ahorros para Salud (HSA, por sus siglas en inglés) y la Cuenta Flexible para Gastos (FSA, por sus siglas en inglés), ¿cuánto dinero pagó por los gastos de este(a) niño(a) relacionados con cuidados médicos, de salud, dental y de la vista 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 afección(es) de este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o afección(es) de este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro médico para este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

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

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

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces o más



G3 Tomando en cuenta todas las materias, ¿qué notas obtuvo este(a) niño(a) en el año escolar 2022-2023?

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

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

- Sí
- No

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

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

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

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

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

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

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

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Mucha dificultad

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

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

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

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



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

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

H. Acerca de usted y este(a) niño(a)

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

- Sí → PASE a la pregunta **H3**
- No

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

años Y meses

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

Cantidad de veces

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

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

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

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

H6 EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) frente a una televisión, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando juegos, accediendo 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. Que este(a) niño(a) es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los(as) niños(as) de su edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Sí
 No

I. Acerca de su familia y su hogar

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

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

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

- Sí
 No → **PASE a la pregunta I4**

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Nunca
 En raras ocasiones
 En algunas ocasiones
 En muchas ocasiones

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

- Siempre tuvimos suficiente dinero para comprar buenas comidas nutritivas.
 Siempre tuvimos suficiente dinero para comer, pero no siempre la clase de alimentos que deberíamos comer.
 A veces no teníamos suficiente dinero para comer.
 Con frecuencia no teníamos suficiente dinero para comer.

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

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

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

- Sí No

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

- Sí No



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

- Sí
- No
- No sabe

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

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

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

Número de lugares

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

- Sí
- No
- No sabe

113 ¿En su vecindario hay...

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

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

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

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

- Sí
- No



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

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

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los padres o tutores murieron | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel o en prisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, pensamientos suicidas o depresión grave | <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. Fue tratado(a) o juzgado(a) de forma injusta a causa de una afección o discapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | Siempre | Casi siempre | A veces | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hablar juntos sobre qué hacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Concentrarnos en nuestras fortalezas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Sí
 No

J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

Acerca de usted

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

- Padre biológico o adoptivo/madre biológica o adoptiva
 Padrastro/madrastra
 Abuelo/abuela
 Padre/madre de crianza temporal (*foster*)
 Otro: pariente
 Otro: no pariente

- J2** ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
 Femenino

- J3** ¿Qué edad tiene?

- Edad en años

- J4** ¿Dónde nació?

- En los Estados Unidos
 Fuera de los Estados Unidos

- J5** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?

Marque UNA (X) en una casilla.

- 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)



J6 ¿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)

J7 En general, ¿cómo está su salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

J8 En general, ¿cómo está su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

J9 ¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación de trabajo actual?

Marque UNA (X) en una casilla.

- 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
- Jubilado(a)

J10 ¿Ha servido alguna vez en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

Marque UNA (X) en una casilla.

- Nunca estubo en el servicio militar → **PASE a la pregunta J12**
- Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional → **PASE a la pregunta J12**
- Actualmente en servicio activo
- En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J11 ¿Fue movilizado(a) en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?

- Sí
- No

J12 ¿Tiene este(a) niño(a) otro padre, madre o cuidador adulto que vive en la casa?

- Sí → **Complete las preguntas J13 - J23 para el otro padre(madre) o adulto cuidador**
- No → **PASE a la pregunta K1 en la página 19**

Otro Padre, Madre o Cuidador en el Hogar

J13 ¿Cuál es la relación de este(a) cuidador(a) con este(a) niño(a)?

- Padre biológico o adoptivo/madre biológica o adoptiva
- Padrastro/madrastra
- Abuelo/abuela
- Padre/madre de crianza temporal (*foster*)
- Otro: pariente
- Otro: no pariente

J14 ¿Cuál es el sexo de este(a) cuidador(a)?

- Masculino
- Femenino

J15 ¿Qué edad tiene este(a) cuidador(a)?

Edad en años

J16 ¿Dónde nació este(a) cuidador(a)?

- En los Estados Unidos
- Fuera de los Estados Unidos



J17 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que este(a) cuidador(a) ha completado?

Marque UNA (X) en una casilla.

- 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)

J18 ¿Cuál es el estado civil de este(a) cuidador(a)?

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

J19 En general, ¿cómo está la salud física de este(a) cuidador(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

J20 En general, ¿cómo está la salud mental o emocional de este(a) cuidador(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Deficiente

J21 ¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación de trabajo actual de este(a) cuidador(a)?

Marque UNA (X) en una casilla.

- 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
- Jubilado(a)

J22 ¿Ha servido alguna vez este(a) cuidador(a) en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

Marque UNA (X) en una casilla.

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

J23 ¿Fue este(a) cuidador(a) movilizado en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?

- Sí
- No

K. Información del Hogar

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

Cantidad de personas

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

Cantidad de personas



