



Encuesta Nacional de Salud de los Niños

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



La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo de los EE. UU. no se le permite divulgar sus respuestas de una forma que pudiera identificar este hogar. La Oficina del Censo de los EE. UU. está realizando la Encuesta Nacional de Salud de los Niños en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), en virtud de la Sección 8(b) del Título 13 del Código de los Estados Unidos, que le permite a la Oficina del Censo llevar a cabo encuestas en nombre de otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42 del Código de los Estados Unidos permite que el HHS recopile información para comprender la situación de la salud y el bienestar de los niños en los Estados Unidos. Los datos recopilados en virtud de este acuerdo son confidenciales de acuerdo con la Sección 9 del Título 13 del Código de los Estados Unidos. Todo acceso a los datos protegidos por el Título 13, correspondientes a esta encuesta, se limita a los empleados de la Oficina del Censo y a aquellas personas con estatus de juramentación especial de la Oficina del Censo en virtud de la Sección 23(c) del Título 13 del Código de los Estados Unidos.

De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de ciberseguridad mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten. Toda la información que usted proporcione se compartirá con un número limitado de empleados de la Oficina del Censo y del personal del HHS con estatus de juramentación especial para los fines relacionados con el trabajo que se identificaron anteriormente, y según lo permitido por la Ley sobre la Privacidad de 1974 (Sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos) y de acuerdo con los Avisos sobre el Sistema de Registros COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de Encuestas Demográficas (Marco de Muestreo 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.

2025 NSCH-S-T1
(04/07/2025)



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 niño que aparece arriba es incorrecto o no le corresponde a un niño que viva en este hogar, llame al 1-800-845-8241 para recibir ayuda. Si usa un dispositivo de telecomunicaciones para personas sordas (TDD), llame al 1-800-582-8330.

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)?

- ☐ Este(a) niño(a) no tiene dientes
- ☐ 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) | ☐ | ☐ |
| b. Comer o tragar debido a una afección | ☐ | ☐ |
| c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea | ☐ | ☐ |
| d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal | ☐ | ☐ |
| e. Dificultad para usar las manos | ☐ | ☐ |
| f. Coordinación o dificultad para moverse | ☐ | ☐ |
| g. Dolores dentales | ☐ | ☐ |
| h. Sangrado en las encías | ☐ | ☐ |
| i. Dientes deteriorados o caries | ☐ | ☐ |

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

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sordera o problemas de audición | ☐ | ☐ |
| b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes | ☐ | ☐ |

¿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, ¿tiene este(a) niño(a) la afección ACTUALMENTE?

- ☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

- ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A6 Asma?

- ☐ Sí ☐ No

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

- ☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

- ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido algún episodio o ataque de asma?

- ☐ Sí ☐ No



¿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, ¿tiene este(a) niño(a) la afección ACTUALMENTE?

☐ 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, ¿tiene este(a) niño(a) la afección ACTUALMENTE?

☐ 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, ¿nacío este(a) niño(a) con esta afección?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene este(a) niño(a) la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A12 Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?

☐ Sí ☐ No

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

☐ 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...

A13 Síndrome de Tourette?

☐ Sí ☐ No

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

☐ 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, ¿tiene este(a) niño(a) la afección ACTUALMENTE?

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A16 Síndrome de Down?

☐ Sí ☐ No

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 ☐ No sabe



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

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 ☐ No sabe

A19 Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)?

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) la PRIMERA VEZ que un médico u otro proveedor de atención médica le dijo a usted que él/ella tenía un trastorno del espectro alcohólico fetal?

Edad en años ☐ No sabe

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

Algunos 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, ¿tiene este(a) niño(a) la afección **ACTUALMENTE**?

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

Algunos ejemplos de educadores son los maestros y los enfermeros escolares.

A22 Discapacidad intelectual (anteriormente conocida como retraso mental)?

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A24 Discapacidades del aprendizaje?

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la discapacidad es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A25 ¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica **ALGUNA VEZ** que este(a) niño(a) tiene autismo o trastorno del espectro autista (TEA)?

Incluya los diagnósticos de síndrome de Asperger o de trastorno generalizado del desarrollo (TGD).

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

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

☐ 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 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 autismo, trastorno del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo (TGD)?

☐ Sí ☐ No

A29 En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) tratamiento del comportamiento por autismo, trastorno del espectro autista (TEA), síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo (TGD), tal como capacitación o una intervención que usted o este(a) niño(a) hayan recibido como ayuda para su comportamiento?

☐ Sí ☐ No

A30 ¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?

☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta **A34**

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

☐ Sí ☐ No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A31 ¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

☐ Sí ☐ No

A32 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿la escasez de medicamentos afectó negativamente el tratamiento del trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de este(a) niño(a)?

☐ Sí

☐ No

☐ A este(a) niño(a) no le han recetado ningún medicamento para trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) durante los últimos 12 meses.

A33 En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) tratamiento del comportamiento por trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tales como capacitación o una intervención que usted o este(a) niño(a) hayan recibido como ayuda para su comportamiento?

☐ Sí

☐ No

A34 ¿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 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

A35 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las afecciones o los 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

A36 ¿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

/ 2 0

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

kilogramos Y gramos

B4 ¿Fue ALGUNA VEZ este(a) niño(a) amamantado(a) o tomó leche materna?

☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta **B6**

B5 Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando dejó COMPLETAMENTE de ser amamantado(a) o de tomar leche materna? Su mejor estimado es aceptable.

☐ Este(a) niño(a) aún consume leche materna

días

semanas

meses

B6 ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando fue alimentado con leche de fórmula para bebés por PRIMERA VEZ? Su mejor estimado es aceptable.

☐ Este(a) niño(a) nunca recibió leche de fórmula para bebés

☐ Al nacer

días

semanas

meses

B7 ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula? Incluya agua, jugo, leche de vaca, agua con azúcar, comida de bebé o cualquier otro alimento. Su mejor estimado es aceptable.

☐ Este(a) niño(a) nunca ha recibido otro alimento que no sea leche materna o leche de fórmula para bebés

☐ Al nacer

días

semanas

meses

C. Servicios de atención médica

C1 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿vio este(a) niño(a) a algún médico, enfermero u otro profesional de la salud para recibir atención por estar enfermo(a), para hacerse chequeos de rutina o exámenes físicos, debido a hospitalizaciones o para recibir otro tipo de atención médica? Incluya las visitas de atención médica por video o por teléfono.

☐ Sí

☐ No → PASE a la pregunta **C4** en la página 7

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 profesional de la salud para que le hicieran 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 ¿Le preocupa el peso de este(a) niño(a)?

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

C5 ¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho a usted que este(a) niño(a) tiene sobrepeso?

- ☐ Sí ☐ No

C6 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿le preguntaron los médicos o proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a) si usted tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje, desarrollo o conducta de este(a) niño(a)?

- ☐ Sí ☐ No

C7 Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 9 meses de edad. De lo contrario pase a la pregunta **C8**.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le pidió un médico u otro proveedor de servicios médicos a usted u otro cuidador que completara un cuestionario sobre las inquietudes u observaciones que pudiera tener sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de este(a) niño(a)?
A veces el médico u otro proveedor de atención médica le solicitará al padre o la madre que complete el cuestionario en casa o durante una visita de rutina.

- ☐ Sí ☐ No

→ Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 9 y 23 meses:

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) habla o emite los sonidos del habla?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) interactúa con usted y los demás?

→ Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 2 y 5 años:

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ ¿Palabras y frases que este(a) niño(a) usa y comprende?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) se comporta y se lleva con usted y los demás?

C8 ¿Hay algún lugar al que usted u otro cuidador lleven **USUALMENTE** 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, ¿a dónde va este(a) niño(a) primero **USUALMENTE**?

Marque 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

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**

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

- ☐ Sí
- ☐ No

C12 ¿Este(a) niño(a) ha tenido **ALGUNA VEZ** un examen de la vista con un proveedor que no fuese 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 vista como resultado del examen realizado?

Un especialista de los ojos puede ser un optometrista o un oftalmólogo/oculista.

- ☐ Sí ☐ No



C13 ¿Ha visto este(a) niño(a) **ALGUNA VEZ** 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 **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

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? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

- ☐ 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, ¿fue este(a) niño(a) al dentista o vio a otro profesional de salud oral para recibir atención dental PREVENTIVA, tal como chequeos, limpiezas dentales, selladores dentales o tratamientos con flúor?

- ☐ 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 **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

C17 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 C19**

C18 ¿Qué tan difícil le resultó obtener el tratamiento o la terapia de salud mental que este(a) niño(a) necesitaba?

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtener tratamiento o terapia

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 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 C22**

C21 ¿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 obtener tratamiento o terapia

C22 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 como a la atención dental, de la vista y de salud mental.*

- ☐ Sí
- ☐ No → **PASE a la pregunta C25 en la página 9**



C23 Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de cuidado no recibió?
Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

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

C24 ¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este(a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios?

Marque **Sí** o **No** para **CADA** opción.

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

C25 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

C26 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

C27 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse por lo menos una noche?

- ☐ Sí
- ☐ No

C28 ¿Tuvo 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 C31**

C29 Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el **PRIMER** plan?

años y meses

C30 ¿Recibe este(a) niño(a) **ACTUALMENTE** servicios bajo alguno de estos planes?

- ☐ Sí
- ☐ No

C31 ¿**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 C34**

C32 Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos servicios especiales?

años y meses

C33 ¿Recibe este(a) niño(a) **ACTUALMENTE** estos servicios especiales?

- ☐ Sí
- ☐ No

C34 ¿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**

- 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)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Lo(a) escucharon a usted con atención? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Mostraron sensibilidad por sus valores y costumbres familiares? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| e. Lo(a) hicieron sentir como un(a) colaborador(a) en el cuidado de este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- 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? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Le hicieron fácil presentar las inquietudes o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Trabajaron con usted para decidir sobre las mejores opciones para el cuidado de salud y opciones de tratamiento para este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- 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 en la página 11**

- 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 → **PASE a la pregunta F1 en la página 12**

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 ¿Tiene este(a) niño(a) ACTUALMENTE cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica?

Marque Sí o No para CADA opción.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo | ☐ | ☐ |
| b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguro | ☐ | ☐ |
| c. Medicaid, Medical Assistance, o cualquier tipo de plan gubernamental de asistencia para personas que tienen bajos ingresos o una discapacidad | ☐ | ☐ |
| d. TRICARE u otro servicio de atención médica de las Fuerzas Armadas | ☐ | ☐ |
| e. Servicio de Salud Indígena (Indian Health Services) | ☐ | ☐ |
| f. Otro(a), especifique: | ☐ | ☐ |

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)? | ☐ | ☐ |
| b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o afección(es) de este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ |
| c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro médico para este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ |

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. El aprendizaje de este(a) niño(a)

Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 1 año de edad. De lo contrario pase a la pregunta G29 en la página 15.

G1 ¿Puede este(a) niño(a) hacer lo siguiente... Marque Sí o No para CADA opción.

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



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

- ☐ Sí
- ☐ No → **PASE a la pregunta G29 en la página 15**

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

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

G4 ¿Con qué frecuencia puede reconocer este(a) niño(a) el sonido inicial de una palabra? Por ejemplo, ¿puede decirle que la palabra "pelota" comienza con el sonido de la letra "p"?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G5 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una lista de palabras que empiecen con el mismo sonido? Por ejemplo, ¿puede este niño(a) decir "sol" y "sopa"?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G6 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) explicar cosas que ha visto o ha hecho de forma tal que usted pueda entender lo que pasó?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G7 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) escribir su propio nombre, incluso si algunas de las letras no son las correctas o están al revés?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G8 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) enfocarse en algo que usted le indique por al menos unos minutos? Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) enfocarse en tareas sencillas?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G9 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) leer números de un dígito? Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) leer los números 2 u 8?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G10 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una suma sencilla? Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que dos bloques más tres bloques suman un total de cinco bloques?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca



G11 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) decirle qué grupo tiene más unidades? Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que un grupo de siete bloques tiene más que un grupo de cuatro bloques?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G12 Si le pide que cuente objetos, ¿hasta qué número puede contar este(a) niño(a) correctamente?

- ☐ Este(a) niño(a) no sabe contar
- ☐ Hasta cinco
- ☐ Hasta diez
- ☐ Hasta 20
- ☐ Hasta 30 o más

G13 ¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este(a) niño(a)?

- ☐ Todas
- ☐ Casi todas
- ☐ Cerca de la mitad
- ☐ Algunas
- ☐ Ninguna

G14 ¿Puede este(a) niño(a) decir palabras que rimen? Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decir que "gato" y "pato" riman?

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rimar
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G15 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) reconocer y nombrar sus propias emociones?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G16 ¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultades para cambiar de actividad cuando se le indica?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G17 ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) juega bien con los(las) demás niños(as)?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G18 ¿Con qué frecuencia se enoja este(a) niño(a)?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G19 ¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este(a) niño(a)?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G20 ¿Con qué frecuencia muestra este(a) niño(a) inquietud cuando ve que otros(as) están lastimados(as) o infelices?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca



G21 ¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para calmarse?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G22 ¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para esperar su turno?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G23 ¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) continuar trabajando en algo aún cuando le resulte difícil?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G24 ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) comparte sus juguetes o juegos con otros niños?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Casi la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G25 ¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) rebotar una pelota por varios segundos?

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rebotar una pelota
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G26 ¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar un círculo?

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar un círculo
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G27 ¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una cara con ojos y boca?

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una cara con ojos y boca
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G28 ¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas?

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G29 ¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)...

	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
a. Es cariñoso(a) y tierno(a) con usted?	☐	☐	☐	☐
b. Se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como quiere?	☐	☐	☐	☐
c. Muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	☐	☐	☐	☐
d. Sonríe y se ríe?	☐	☐	☐	☐



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 (incluya sueño durante las noches y las siestas)?

- ☐ Menos de 7 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ 9 horas
- ☐ 10 horas
- ☐ 11 horas
- ☐ 12 horas o más

H6 DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) bebió bebidas azucaradas como gaseosa, jugos de fruta, bebidas deportivas o té dulce? No incluya los jugos de 100% fruta.

- ☐ Este(a) niño(a) no consumió ninguna bebida azucarada
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H7 DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió verduras? Incluya todas las verduras frescas, congeladas o enlatadas. No incluya papas fritas o chips de papa.

- ☐ Este(a) niño(a) no comió verduras
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H8 DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió frutas? Incluya cualquier fruta fresca, congelada o enlatada. No incluya jugo.

- ☐ Este(a) niño(a) no comió frutas
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H9 EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) frente a una televisión, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando juegos, accediendo a internet o utilizando los medios de comunicación social? No incluya el tiempo dedicado a hacer tareas escolares.

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



H10 DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este(a) niño(a)?

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

H11 DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron un cuento o le cantaron canciones a este(a) niño(a)?

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

H12 ¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los(as) niños(as)?

- ☐ Muy bien
- ☐ Algo bien
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada bien

H13 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? | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

H14 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

H15 EN UN SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas a este(a) niño(a) lo(a) cuida alguien que no sea su padre, madre o tutor legal? Puede ser que lo cuide un familiar o un amigo, guardería infantil, centro de educación preescolar, programa prekindergarten, programa Head Start o programa Early Head Start, cuidado infantil ofrecido en un hogar, nana, au pair o niñera.

- ☐ 0 horas por semana
- ☐ De 1 a 10 horas por semana
- ☐ De 11 a 20 horas por semana
- ☐ De 21 a 30 horas por semana
- ☐ De 31 a 40 horas por semana
- ☐ Más de 40 horas por semana

H16 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de este(a) niño(a)?

- ☐ Sí
- ☐ No

! Acerca de su familia y su hogar

H17 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



15 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
- ☐ Con cierta frecuencia
- ☐ Con mucha frecuencia

16 ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la capacidad de su hogar para poder comprar los alimentos necesarios 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.

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

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

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

- ☐ Sí ☐ No

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

- ☐ Sí ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

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

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

111 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces se mudó este(a) niño(a) a una nueva dirección?

- ☐ 0 veces
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 veces o más

112 DESDE QUE NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A), ¿alguna vez ha estado sin hogar o ha vivido en un refugio?

Incluya si vivió en un refugio o en un motel, estuvo en una situación de vivienda temporal o de transición, o no tuvo un lugar estable donde pasar la noche.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

113 ¿En su vecindario hay...

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



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	☐	☐	☐	☐
b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros(as) hijos(as)	☐	☐	☐	☐
c. Este(a) niño(a) está seguro(a) en nuestro vecindario	☐	☐	☐	☐
d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a dónde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	☐	☐	☐	☐

115 Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida de este niño(a). Estas cosas 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 pasado este(a) niño(a) ALGUNA VEZ por alguna de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores legales se divorciaron o separaron	☐	☐
b. El padre, la madre o el tutor legal falleció	☐	☐
c. El padre, la madre o el tutor legal estuvo en la cárcel o prisión	☐	☐
d. Vio u oyó a sus padres o a adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en la casa	☐	☐
e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario	☐	☐
f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, pensamientos suicidas o depresión grave	☐	☐
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	☐	☐
h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente debido a su raza o grupo étnico	☐	☐
i. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por una afección o discapacidad	☐	☐

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

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Hablamos entre todos sobre qué hacer	☐	☐	☐	☐
b. Trabajamos juntos para resolver nuestros problemas	☐	☐	☐	☐
c. Nos concentramos en nuestras fortalezas	☐	☐	☐	☐
d. Mantenemos la esperanza incluso en momentos difíciles	☐	☐	☐	☐

117 DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido alguna visita de atención médica por video o teléfono?

☐ Sí ☒ No

J. Los 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 es 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 casilla.

- ☐ 8.o grado o menos
- ☐ 9.o-12.o grado; sin diploma
- ☐ Graduado de escuela secundaria/preparatoria (high school) o GED completo
- ☐ 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
- ☐ Bien
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Bien
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

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

Marque UNA casilla.

- ☐ Empleado(a) a tiempo completo
- ☐ Empleado(a) a tiempo parcial
- ☐ Trabaja SIN paga
- ☐ 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 casilla.

- ☐ Nunca estuvo 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 21**

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 es 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 casilla.

☐ 8.o grado o menos

☐ 9.o-12.o grado; sin diploma

☐ Graduado de escuela secundaria/preparatoria (high school) o GED completo

☐ 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

☐ Bien

☐ Regular

☐ Deficiente

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

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Bien

☐ Regular

☐ Deficiente

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

☐ Empleado(a) a tiempo completo

☐ Empleado(a) a tiempo parcial

☐ Trabaja SIN paga

☐ 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 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 sobre el 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 las personas que estén viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses, tales como estudiantes universitarios que vivan en otro lugar o personal de las Fuerzas Armadas movilizado.

Cantidad de personas



00

K3

\$.

[illegible][illegible]

\$.00

[illegible][illegible]

K4

\$.



Raza y/o origen étnico de este(a) niño(a)

En la Encuesta Nacional de Salud de los Niños se está sometiendo a prueba una pregunta recientemente actualizada sobre la raza y/o el origen étnico.

Piense en el(la) niño(a) seleccionado(a) para esta encuesta cuando responda esta pregunta.

¿Cuál es la raza y/o el origen étnico de este(a) niño(a)?

Marque todas las opciones que correspondan y escriba detalles adicionales en los espacios a continuación.

- ☐ **Indígena de las Américas o nativo(a) de Alaska** – Escriba, por ejemplo, Navajo Nation, Blackfeet Tribe of the Blackfeet Indian Reservation of Montana, Native Village of Barrow Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Community, azteca, maya, etc.

- ☐ **Asiático(a)** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Chino ☐ Indio asiático ☐ Filipino ☐ Vietnamita ☐ Coreano ☐ Japonés

Escriba, por ejemplo, pakistaní, hmong, afgano, etc.

- ☐ **Negro(a) o afroamericano(a)** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Afroamericano ☐ Jamaiquino ☐ Haitiano ☐ Nigeriano ☐ Etíope ☐ Somalí

Escriba, por ejemplo, trinitense, ghanés, congolés, etc.

- ☐ **Hispano(a) o latino(a)** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ Cubano ☐ Dominicano ☐ Guatemalteco

Escriba, por ejemplo, colombiano, hondureño, español, etc.

- ☐ **Del Medio Oriente o del Norte de África** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Libanés ☐ Iraní ☐ Egipcio ☐ Sirio ☐ Iraquí ☐ Israeli

Escriba, por ejemplo, marroquí, yemení, kurdo, etc.

- ☐ **Nativo(a) de Hawái o de las islas del Pacífico** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano ☐ Chamorro ☐ Tongano ☐ Fiyiano ☐ De las Islas Marshall

Escriba, por ejemplo, chuukés, palauano, tahitiano, etc.

- ☐ **Blanco(a)** – Proporcione detalles a continuación.

- ☐ Inglés ☐ Alemán ☐ Irlandés ☐ Italiano ☐ Polaco ☐ Escocés

Escriba, por ejemplo, francés, sueco, noruego, etc.



Instrucciones para enviar por correo 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 a compartir información sobre este(a) niño(a) y su familia.

Sus respuestas son importantes para nosotros y permitirán que investigadores, legisladores y defensores de los derechos familiares comprendan mejor las necesidades relacionadas con la salud y la atención médica de los niños y las niñas de nuestra diversa población.

Coloque el cuestionario que completó en el sobre de devolución con franqueo pagado. Si no encuentra ese sobre, 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

Calculamos que completar la segunda parte de la Encuesta Nacional de Salud de los Niños le tomará alrededor de 36 minutos. Envíe los comentarios relacionados con este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir ese tiempo, a ADDP.NSCH.List@census.gov; use "Paperwork Project 0607-0990" como asunto. Esta recopilación fue aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de aprobación de ocho dígitos de la OMB que aparece en la parte superior izquierda de este formulario confirma la aprobación. De no mostrarse este número no podríamos realizar esta encuesta.

