26131243

Encuesta Nacional de Salud de los Niños

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







COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información y no se le permite divulgar sus respuestas de manera que usted o su hogar pudieran ser identificados. La Oficina del Censo de los Estados Unidos está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud de los Niños para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) en conformidad con la Sección 8(b) del Título 13, Código de los Estados Unidos, que le permite a la Oficina del Censo realizar encuestas para otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42, Código de los Estados Unidos, le permite al HHS recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los(as) niños(as) en los Estados Unidos. Las leyes federales protegen su privacidad y mantienen confidenciales su respuestas, en conformidad con la Sección 9 del Título 13, Código de los Estados Unidos. De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

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

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

NSCH-S-T3
(03/22/2021)

Comience Aquí

Recientemente, usted completó una encuesta con preguntas sobre los(as) niños(as) que usualmente viven o se quedan en esta dirección. Gracias por tomar de su tiempo para completar esta encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

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

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

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

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este(a) niño(a)

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con cualquiera de los(as) siguientes?**

	Sí	No
a. Respirar u otros problemas respiratorios (como respiración sibilante o falta de aire)	☐	☐
b. Comer o tragar debido a una condición médica	☐	☐
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. Dolor de muelas	☐	☐
f. Sangrado en las encías	☐	☐
g. Dientes deteriorados o caries	☐	☐

A4 **¿Presenta este(a) niño(a) alguno de los siguientes factores?**

	Sí	No
a. Dificultades serias para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional	☐	☐
b. Dificultades serias para caminar o subir escaleras	☐	☐
c. Dificultades para vestirse o bañarse	☐	☐
d. Dificultades para hacer diligencias solo o sola, como visitar el consultorio u oficina del médico o ir de compras, debido a una condición física, mental o emocional	☐	☐
e. Sordera o problemas de audición	☐	☐
f. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

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

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

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A6 **Artritis?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A7 **Asma?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A8 **Parálisis cerebral?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

A9 **Diabetes?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A10 **Epilepsia o trastornos convulsivos?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A11 **Condición o problemas cardiacos?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

COPIA DE INFORMACIÓN

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

A12 **Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A13 **Síndrome de Tourette?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A14 **Problemas de ansiedad?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A15 **Depresión?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A16 **Síndrome de Down?**

☐ Sí ☐ No

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

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

Anemia drepanocítica? ☐ Sí ☐ No

Talasemia? ☐ Sí ☐ No

Hemofilia? ☐ Sí ☐ No

Otros trastornos sanguíneos? ☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

A18 **Fibrosis quística?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

☐ Sí ☐ No

A19 **Otra condición genética o hereditaria?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, especifique:**

La condición es:

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

¿Le ha dicho su doctor o su proveedor de servicios de salud o su educador ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...
Algunos ejemplos de educadores son maestros(as) y enfermeros(as) escolares.

A20 **Problemas de comportamiento o conducta?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A21 **Retraso en el desarrollo?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A22 **Discapacidad intelectual (anteriormente conocida como retraso mental)?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A23 **Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A24 **Discapacidades del aprendizaje?**

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

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

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta A30 en la página 6***

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

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A26 **¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando su doctor o proveedor de servicios de salud le dijo POR PRIMERA VEZ que tenía Autismo, 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 atención médica fue el PRIMERO en decirle a usted que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**
Marque (X) UNA opción.

☐ Proveedor de atención primaria

☐ Especialista

☐ Psicólogo(a)/consejero(a) escolar

☐ Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)

☐ Psiquiatra

☐ Otro(a), especifique:

☐ No sabe

A28 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Autismo, los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**

☐ Sí ☐ No

A29 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿han recibido usted o este(a) niño(a) tratamiento de la conducta por Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), tal como adiestramiento o una intervención para ayudarle con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

A30 **¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro, 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 condición ACTUALMENTE?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la condición es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A31 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No

A32 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido este(a) niño(a) tratamiento 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 concusión o lesión cerebral?** *Una concusión 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, vómito, visión borrosa, cambios en humor o comportamiento o pérdida de conciencia.*

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

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

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

☐ Nunca

☐ A veces

☐ Casi siempre

☐ Siempre

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

☐ Muy poco

☐ Algo

☐ En gran medida

B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

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

☐ Sí

☐ No

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

Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

☐☐ / 20☐☐

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

☐☐ libras **Y** ☐☐ onzas

O

☐☐ kilogramos **Y** ☐☐☐ gramos

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

☐☐ Edad en años

COPIA DE INFORMACIÓN

C. Servicios de atención médica

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

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C5**

C2 **Si la respuesta es sí, durante la ÚLTIMA cita médica, ¿tuvo este(a) niño(a) la oportunidad de hablar con el médico u otro proveedor de cuidados de salud en privado, sin que estuviera usted u otro cuidador en la habitación?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo este(a) niño(a) una consulta con un médico, enfermero(a) u otro(a) profesional de la salud para realizarse un chequeo PREVENTIVO?** *El chequeo preventivo se realiza cuando este(a) niño(a) no ha estado enfermo(a) ni lesionado(a), tal como un chequeo preventivo anual o un examen físico para hacer deporte o la visita de niño sano.*

- ☐ 0 visitas
- ☐ 1 visita
- ☐ 2 visitas o más

C4 **Pensando en la ÚLTIMA VEZ que llevó al (a la) niño(a) a un chequeo PREVENTIVO, ¿aproximadamente cuánto tiempo en el consultorio estuvo con usted el médico o proveedor de atención médica que examinó a este(a) niño(a)?** *Su mejor estimado es aceptable.*

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

C5 **¿Cuál es la estatura ACTUAL de este(a) niño(a)?**
Su mejor estimado es aceptable.

☐☐ pies **Y** ☐☐ pulgadas

O

☐☐ metros **Y** ☐☐☐ centímetros

C6 **¿Cuál es el peso ACTUAL de este(a) niño(a)?**
Su mejor estimado es aceptable.

☐☐☐ libras

O

☐☐ kilogramos

C7 **¿Le preocupa el peso de este(a) niño(a)?**

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

C9 **¿Hay algún lugar 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*** **C11**

C10 **Si la respuesta es sí, ¿a dónde va GENERALMENTE este(a) niño(a) primero?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Consultorio del médico
- ☐ Sala de emergencias del hospital
- ☐ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- ☐ Centro de Urgencias
- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Clínica ambulatoria dentro de un negocio o "Minute Clinic"
- ☐ Escuela (enfermería, oficina del entrenador atlético)
- ☐ Algún otro lugar

C11 **¿Hay algún lugar 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*** **C13** ***en la página 8***

COPIA DE INFORMACIÓN

C12 **Si la respuesta es sí, ¿es el mismo sitio donde lleva a este(a) niño(a) cuando se enferma?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C13 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ¿ha recibido este(a) niño(a) un examen de visión de un proveedor de salud que no sea consultorio de un oculista?** *El examen pudo haber ocurrido en el consultorio del pediatra, en una escuela, centro de cuidado infantil o un entorno comunitario , usando dibujos, formas, letras o una cámara como herramienta.*

- ☐ Sí
- ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se recomendó que este(a) niño(a) viera a un consultorio de un oculista u otro proveedor de atención ocular para un examen u otros servicios de visión como resultado del examen realizado?** *Un consultorio de un oculista se puede llamar optómetra u oftalmólogo.*

- ☐ Sí
- ☐ No

C14 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS, ¿ha visto este(a) niño (a) a un medico de los ojos?** *Un medico de los ojos se puede llamar oculista, optómetra u oftalmólogo.*

- ☐ Sí
- ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿que tipo de cuidados recibió este(a) niño(a) del un consultorio de un oculista?** *Marque (X) TODAS las que apliquen.*

- ☐ Recibió un examen ocular
- ☐ Recibió una prescripción de anteojos o lentes de contacto
- ☐ Le diagnosticó un problema de la visión que no es miopía, hipermetropía o astigmatismo
- ☐ Algún otro cuidado

C15 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención o cuidado dental u oral?**
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ Sí, fue al dentista
- ☐ Sí, fue a otro(a) profesional de la salud oral
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C18**

C16 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha sido examinado este(a) niño(a) por un dentista u otro proveedor de salud oral para cuidado dental PREVENTIVO, como chequeos, limpiezas dentales, sellos dentales o tratamientos de fluoruro?**

- ☐ No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **C18**
- ☐ Sí, 1 visita
- ☐ Sí, 2 visitas o más

C17 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicio(s) dental(es) PREVENTIVO(S) recibió este(a) niño(a)?**
Marque (X) TODAS las que apliquen.

- ☐ Chequeo
- ☐ Limpieza
- ☐ Instrucciones sobre cepillado de dientes y cuidado de la salud oral
- ☐ Radiografías
- ☐ Tratamiento de fluoruro
- ☐ Sellador (sellador plástico en muelas posteriores)
- ☐ No sabe

C18 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) algún tratamiento, consejería o asesoría por parte de un profesional de la salud mental?**
Los profesionales de salud mental incluyen psiquiátras, psicólogos(as), enfermeros(as) psiquiátricos(as) y trabajadores sociales clínicos.

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitaba ver a un profesional de la salud mental
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un profesional de la salud mental → ***PASE a la pregunta*** **C20**

C19 **¿Qué tan difícil le resultó obtener el tratamiento, consejería o asesoría de salud mental que este(a) niño(a) necesitaba?**

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

C20 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tomado este(a) niño(a) algún medicamento por la dificultad para controlar sus emociones, su concentración o su comportamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

COPIA DE INFORMACIÓN

C21 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) a algún especialista aparte de un profesional de la salud mental?** *Los especialistas son médicos como cirujanos(as), cardiólogos(as), alergistas, dermatólogos(as) y otros médicos que se especializan en una sola área de la atención médica.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitó ver a un especialista
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un especialista → ***PASE a la pregunta*** **C23**

C22 **¿Qué tan difícil le resultó a usted que este(a) niño(a) recibiera la atención del especialista que necesitaba?**

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

C23 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿utilizó este(a) niño(a) algún tipo de cuidado médico o tratamiento alternativo?** *El cuidado médico o tratamiento alternativo puede incluir acupuntura, atención quiropráctica, terapias de relajación, suplementos a base de hierbas entre otros. Algunas terapias implican ver a un proveedor de servicios médica, mientras que otras se pueden realizar por cuenta propia.*

- ☐ Sí
- ☐ No

C24 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) atención médica en alguna ocasión pero no la recibió?** *Por atención médica nos referimos a la atención médica así como atención dental, de la vista y de salud mental.*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C27**

C25 **Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de atención no recibió?** *Marque (X) TODAS las que apliquen.*

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

C26 **¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este(a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios?**
Marque (X) Si o No en CADA categoría.

	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 transporte o cuidado de los niños	☐	☐
e. El consultorio (del médico o la clínica) no estaba abierto(a) cuando este(a) niño(a) necesitó atención	☐	☐
f. Hubo problemas relacionados con el costo	☐	☐

C27 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrado(a) en sus esfuerzos para obtener servicios para este(a) niño(a)?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

COPIA DE INFORMACION

C28 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este(a) niño(a) a la sala de emergencias de un hospital?**

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 o más veces

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

- ☐ Sí
- ☐ No

C30 **¿Recibió este(a) niño(a) ALGUNA VEZ un plan de educación especial o de intervención temprana?**
Los(as) niños(as) que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C33**

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

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

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

- ☐ Sí
- ☐ No

C33 **¿ALGUNA VEZ ha recibido este(a) niño(a) servicios especiales para manejar sus necesidades de desarrollo, como terapia de lenguaje, ocupacional o conductual?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D1**

C34 **Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos cuidados especiales?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

C35 **¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE estos servicios especiales?**

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

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

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

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

D3 **¿Qué tan difícil le resultó a usted obtener referidos?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtener referidos

COPIA DE INFORMACIÓN

D4 ***Responda las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tuvo una visita de atención médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario vaya a la pregunta D13 en la página 12.***

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de atención médica de este(a) niño(a) hicieron lo siguiente...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Estuvieron tiempo suficiente con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
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) participante en la atención y cuidado de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐

D5 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo que tomar decisiones sobre el cuidado de salud de este(a) niño(a), tales como si debe obtener recetas, referidos a otros médicos o procedimientos?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta D7***

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

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Ha discutido con usted un rango de operaciones a considerar para su cuidado o tratamiento médico?	☐	☐	☐	☐
b. Le dieron lugar para expresar sus dudas o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
c. Trabajaron con usted para decidir cuáles serían las mejores opciones para este(a) niño(a) en lo que se refiere a cuidado de salud y opciones de tratamiento?	☐	☐	☐	☐

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

☐ Sí

☐ No

☐ No vio a más de un proveedor de atención médica en los ÚLTIMOS 12 MESES → ***PASE a la pregunta D11 en la página 12***

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

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta D10 en la página 12***

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

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

D11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se comunicó el proveedor de salud de este(a) niño(a) con la escuela, guardería o programa de educación especial al que asiste este(a) niño(a)?**

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

D12 **Si la respuesta es sí, durante este tiempo, ¿qué tan satisfecho(a) se ha sentido con respecto a la comunicación que el proveedor de atención médica de este(a) niño(a) ha tenido con la escuela, el proveedor de cuidado de niños o el programa de educación especial?**

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

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

D17 **¿Han trabajado con usted y con este(a) niño(a) los doctores u otros profesionales de salud de este(a) niño(a) para crear un plan de cuidado que responda a sus necesidades y objetivos de salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D20** ***en la página 13***

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

COPIA DE INFORMACIÓN

D20 **Con frecuencia, los requisitos de elegibilidad a seguro médico cambian cuando el paciente llega a la edad adulta temprana. ¿Sabe cómo este(a) niño(a) obtendrá cobertura de seguro de salud cuando se convierta en adulto?**

- ☐ Sí → ***PASE a la pregunta*** **E1**
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

- ☐ Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **E4**
- ☐ Sí, pero este(a) niño(a) tuvo una interrupción en la cobertura
- ☐ No

E2 **Indique si algunos de los siguientes es un motivo por el cual este(a) niño(a) no tuvo cobertura de salud DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES:**

	Sí	No
a. Cambio de empleador o de situación laboral	☐	☐
b. Cancelación por primas vencidas	☐	☐
c. Renunció a la cobertura porque costaba demasiado	☐	☐
d. Renunció a la cobertura porque los beneficios eran inadecuados	☐	☐
e. Renunció a la cobertura porque las opciones de proveedores de atención médica eran inadecuadas	☐	☐
f. Problemas con el proceso de solicitud o renovación de la cobertura	☐	☐
g. Otro(a), especifique:	☐	☐

E3 **¿Está este(a) niño(a) cubierto(a) ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro de salud o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **F1** ***en la página 14***

E4 **¿Está este(a) niño(a) ACTUALMENTE cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud?**
Marque (X) Sí o No en CADA categoría.

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

E5 **¿Con qué frecuencia el seguro de salud de este(a) niño(a) ofrece beneficios o cubre los servicios que responden a sus necesidades?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

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

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

F2 **¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

	Sí	No
a. Dejó el trabajo o se ausentó unos cuantos días debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)?	☐	☐
b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o condición(es) médica(s) de este(a) niño(a)?	☐	☐
c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro de salud para este(a) niño(a)?	☐	☐

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

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

F6 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedica usted u otros miembros de la familia haciendo arreglos o coordinando la atención médica o de la salud de este(a) niño(a), tal como programar citas o localizar servicios?**

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 veces o más

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

- ☐ Sí
- ☐ No

G4 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia asistió usted a eventos o actividades en las que este(a) niño(a) participaba?**

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

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

	Sí	No
a. Ha practicado algún deporte de equipo o ha tomado lecciones de deporte después de la escuela o los fines de semana?	☐	☐
b. Clubes u organizaciones después de la escuela o los fines de semana?	☐	☐
c. Alguna otra actividad organizada o clases, tal como música, baile, otro idioma u otras artes?	☐	☐
d. Algún tipo de servicio comunitario o trabajo voluntario en la escuela, lugar de culto o comunidad?	☐	☐
e. Alguna actividad con paga, incluyendo trabajos usuales como cuidando niños(as), cortando el césped u otro trabajo ocasional?	☐	☐

G6 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días hizo este(a) niño(a) ejercicio, practicó un deporte o participó en actividades físicas durante al menos 60 minutos?**

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

G7 **En comparación con otros niños de su edad, ¿tiene dificultad este(a) niño(a) para hacer amigos y cultivar esas amistades?**

- ☐ Ninguna dificultad
- ☐ Un poco de dificultad
- ☐ Mucha dificultad

G8 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces este(a) niño(a) fue víctima de acoso escolar, burlas o fue excluído(a) por otros(as) niños(as)?** *Si la cantidad de veces cambió durante el año, reporte la cantidad más alta.*

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

G10 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)...**

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

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

H7 **¿Qué tan bien pueden usted y este(a) niño(a) compartir ideas o hablar sobre cosas realmente importantes?**

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

H8 **¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los(as) niños(as)?**

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

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

	Nunca	En raras ocasiones	A veces	Casi siempre	Siempre
a. Qué este(a) niño(a) es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los(as) niños(as) de su edad?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Qué este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Qué estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

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

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **I1** ***en la página 18***

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

	Sí	No
a. Esposo(a) o compañero(a) doméstico(a)?	☐	☐
b. Otro familiar o amigo(a) cercano(a)?	☐	☐
c. Un proveedor de atención médica?	☐	☐
d. d. Una iglesia, templo o un líder religioso?	☐	☐
e. Un grupo de apoyo o asistencia relacionado con una condición de salud específica?	☐	☐
f. Un grupo de apoyo?	☐	☐
g. Un consejero u otro profesional de la salud mental?	☐	☐
h. Otra persona, especifique:	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

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

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

I5 **¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la capacidad de su hogar para poder costear los alimentos que necesitaba DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- ☐ Siempre pudimos costear buenas comidas nutritivas.
- ☐ Siempre pudimos costear lo suficiente para comer, pero no siempre la clase de alimentos que debemos comer.
- ☐ A veces no pudimos costear lo suficiente para comer.
- ☐ Con frecuencia no pudimos costear lo suficiente para comer.

I6 **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)?	☐	☐
c. Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?	☐	☐
d. Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)?	☐	☐

I7 **¿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 "boys and girls"?	☐	☐
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?	☐	☐

COPIA DE INFORMACIÓN

I8 **¿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 donde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	☐	☐	☐	☐
e. Este(a) niño(a) está seguro(a) en la escuela	☐	☐	☐	☐

I9 **Además de usted o los demás adultos en su hogar, ¿hay al menos otro adulto en la escuela, vecindario o comunidad del (de la) niño(a) que conozca bien al (a la) niño(a) y en quien el (la) niño(a) pueda depender para recibir consejo u orientación?**

☐ Sí

☐ No

I10 **Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida del (de la) niño(a). Éstos pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas quizás se sientan incómodas con estas preguntas. Usted puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.**

A su entender, ¿este(a) niño(a) experimentó ALGUNA VEZ algunas de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron	☐	☐
b. Los padres o tutores murieron	☐	☐
c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel o en prisión	☐	☐
d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar	☐	☐
e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario	☐	☐
f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, estaba suicida o tenía depresión grave o severa	☐	☐
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	☐	☐
h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por su raza o grupo étnico	☐	☐
j. Fue tratado(a) o juzgado(a) de forma injusta a causa de una condición de salud o discapacidad	☐	☐

I11 **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	☐	☐	☐	☐
b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas	☐	☐	☐	☐
c. Enfocarnos en nuestras propias fortaleza	☐	☐	☐	☐
d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles	☐	☐	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

I12 **DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido alguna visita de atención médica por video o teléfono?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿alguna de las visitas de atención médica de este(a) niño(a) se realizó por video o teléfono debido a la pandemia de coronavirus?**

☐ Sí ☐ No

I13 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) no asistió, retrasó o se saltó algún chequeo PREVENTIVO debido a la pandemia de coronavirus?**

☐ Sí

☐ No

J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

Acerca de usted

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

☐ Padre o madre biológica o adoptiva

☐ Padrastro o madrastra

☐ Abuelo(a)

☐ Padre o madre de crianza a través del programa Foster del gobierno

☐ Otro(a): Pariente

☐ Otro(a): No pariente

J2 **¿Cuál es su sexo?**

☐ Masculino

☐ Femenino

J3 **¿Qué edad tiene?**

☐☐ Edad en años

J4 **¿Dónde nació?**

☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta*** **J6**

☐ Fuera de los Estados Unidos

J5 **¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?**
Indique el año en el que vino a vivir en los Estados Unidos escribiendo los 4 dígitos.

☐☐☐☐ Año en 4 dígitos

J6 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?**
Marque (X) UNA opción.

☐ Grado 8 o menos

☐ Grado 9 al 12; sin diploma

☐ Completé secundaria o GED

☐ Completé un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios

☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título

☐ Título asociado universitario (AA, AS)

☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)

☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)

☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J7 **¿Cuál es su estado civil?**

☐ Casado(a)

☐ No casado(a), pero vivo con una pareja

☐ Nunca me he casado

☐ Divorciado(a)

☐ Separado(a)

☐ Viudo(a)

J8 **En general, ¿cómo está su salud física?**

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Deficiente

COPIA DE INFORMACION

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

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

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

J11 **¿Ha prestado usted alguna vez servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar, o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?**
Marque (X) UNA opción.

- ☐ Nunca estuvo en el servicio militar ➔ ***PASE a la pregunta*** **J13**
- ☐ Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional I ➔ ***PASE a la pregunta*** **J13**
- ☐ En servicio activo ahora
- ☐ En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J12 **¿Fue mobilizado(a) en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

Otro Padre, Madre o Cuidador en el Hogar

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

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

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

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

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

☐☐ Edad en años

J17 **¿Dónde nació este(a) cuidador(a)?**

- ☐ En los Estados Unidos ➔ ***PASE a la pregunta*** **J19** ***en la página 22***
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

J18 **¿Cuándo vino este(a) cuidador(a) a vivir a los Estados Unidos?** *Indique el año en el que el cuidador vino a vivir en los Estados Unidos escribiendo los 4 dígitos.*

☐☐☐☐ Año en 4 dígitos

COPIA DE INFORMACIÓN

J19 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que este(a) cuidador(a) ha completado?**
Marque (X) UNA opción.

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

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

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

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J23 **¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación de trabajo actual de este(a) cuidador(a)?**

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

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

K. Información del Hogar

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

☐☐ Cantidad de personas

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

☐☐ Cantidad de personas

COPIA DE INFORMACIÓN

K3 **Ingreso en 2020**
Marque (X) la casilla "Sí" para CADA los tipos de ingresos recibidos por la familia y dé la mejor aproximación de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

a. Jornales, sueldos o salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.

☐ Sí → $,,, .00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.

☐ Sí → $,,, .00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

d. Seguro Social o retiro para personal de ferrocarriles; pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos; o pensión para incapacidad.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

e. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social del estado o la oficina de asistencia social local.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

f. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (Veterans Administration, VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia.

☐ Sí → $,,, .00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

K4 **La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos en el año 2020. Piense en su ingreso familiar total EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO para todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad antes de impuestos?**
Incluya dinero del trabajo, pensión para hijos menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También, incluya ingresos de intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.

$,,, .00
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

COPIA DE INFORMACIÓN

Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

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

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

Coloque el cuestionario completado en el sobre con franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
ATTN: DCB 60-A
1201 E. 10th Street
Jeffersonville, IN 47132-0001

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo calcula que completar la Encuesta Nacional de Salud Infantil toma unos 35 minutos como promedio. Los comentarios sobre el cálculo del tiempo o cualquier otro aspecto relacionado, incluidas sugerencias para reducir el tiempo, deben dirigirse a: U.S. Department of Commerce, Paperwork Project 0607-0990, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a DEMO.Paperwork@census.gov y use “Paperwork Reduction Project 0607-0990” como asunto. Esta recopilación de información ha sido 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 del cuestionario confirma la aprobación. De no mostrarse este número, no podríamos realizar esta encuesta.