



# 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.

**NSCH-S-T1**  
(03/25/2024)



## 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)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer o tragar debido a una afección   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dificultad para usar las manos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Coordinación o dificultad para moverse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dolores dentales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Sangrado en las encías   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Dientes deteriorados o caries  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sordera o problemas de audición                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, ¿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



¿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, ¿nacó 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

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

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

Sí  No

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve  Moderada  Grave

**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



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

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

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve  Moderada  Grave

¿Le diagnosticaron a este(a) niño(a):

Anemia drepanocítica?  Sí  No

Talasemia?  Sí  No

Hemofilia?  Sí  No

Otros trastornos sanguíneos?  Sí  No

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

Sí  No

**A18** Fibrosis quística?

Sí  No

↳ Si la respuesta es sí, la afección es:

Leve  Moderada  Grave

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

Sí  No

**A19** Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)?

Sí  No

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

*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

**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)? Incluye 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 (X) en una casilla.

- Proveedor de atención primaria
- Especialista
- Psicólogo(a)/consejero(a) escolar
- Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)
- Psiquiatra
- Otro(a), especifique:

No sabe

**A28** ¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para 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 **A33**

↳ 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** 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

**A33** ¿Piensa usted que este(a) niño(a) ha sufrido ALGUNA VEZ una conmoción o lesión cerebral? Una conmoción o lesión cerebral es cuando un golpe o sacudida de la cabeza causa problemas tales como dolores de cabeza, mareos, sensación de confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómito, 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

**A34** 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

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

Muy poco

Algo

En gran medida





## B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

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

- Sí  
 No

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

Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

/

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

libras Y   onzas

O

kilogramos Y     gramos

**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

O

días

O

semanas

O

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

O

Al nacer

O

días

O

semanas

O

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

O

Al nacer

O

días

O

semanas

O

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 (X) en 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 (X) en 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** en la página 8

**C9** Si la respuesta es sí, ¿a dónde va este(a) niño(a) primero USUALMENTE?

*Marque UNA (X) en una casilla.*

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



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

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

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

- Sí, fue al dentista
- Sí, fue a otro(a) profesional de la salud oral
- No → **PASE a la pregunta 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 (X) en **TODAS** las opciones que correspondan.

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

**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**

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

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

**C24** ¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este(a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios? *Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.*

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

**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 en la página 10**



**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** ¿ALGUNA VEZ le ha recomendado un médico, o un proveedor de servicios de salud, o un educador que se evalúe a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?

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

- Sí  
 No  
 No sabe

**C35** ¿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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lo(a) escucharon a usted con atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mostraron sensibilidad por sus valores y costumbres familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lo(a) hicieron sentir como un(a) colaborador(a) en el cuidado de este(a) niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Sí

No → **PASE a la pregunta D7**

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

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

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

Sí

No

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

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

Sí

No → **PASE a la pregunta D10**

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

Casi siempre

A veces

Nunca

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

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

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

Sí

No → **PASE a la pregunta E1**

No fue necesario que el proveedor de servicios médicos se comunicara con estos proveedores → **PASE a la pregunta E1**

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

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

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

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

Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → **PASE a la pregunta E3 en la página 12**

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 una (X) en Sí o No para CADA opción.

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

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

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

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

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

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

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

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

- Sí
- No

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

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



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

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

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

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

## G. 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 16.

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

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

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta **G29** en la página 16

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sonríe y se ríe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Acerca de usted y este(a) niño(a)

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

- Sí → **PASE a la pregunta H3**
- No

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

años Y  meses

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

Cantidad de veces

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

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

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

**Conteste las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tiene por lo menos 3 años. De lo contrario pase a la pregunta **H11**.**

**H9** EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE SEMANA, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre? *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, al aire libre cuando está en la escuela o la guardería infantil, en un parque, parque infantil u otra área de recreación al aire libre. Está bien que indique un cálculo aproximado.*

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

**H10** EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre? *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, en un parque, patio de juegos u otra área de recreación al aire libre. Su mejor estimado es aceptable.*

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

**H11** 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, accedendo 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

**H12** 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

**H13** 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

**H14** ¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los(as) niños(as)?

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



- H15 DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió...**
- |   | Nunca                    | En raras ocasiones       | A veces                  | Casi siempre             | Siempre                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Que este(a) niño(a) es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los(as) niños(as) de su edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- H16 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

- H17 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

## I. Acerca de su familia y su hogar

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

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

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

- Sí  
 No → **PASE a la pregunta I4**

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Nunca  
 Rara vez  
 Con cierta frecuencia  
 Con mucha frecuencia

- I6 ¿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.

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

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

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

- Sí  No

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

- Sí  No





**119** 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?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un parque o área de juegos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un centro de recreación, centro comunitario o club de niños y niñas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Una biblioteca o biblioteca ambulante?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Basura o desperdicios en las calles o aceras?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hogares deteriorados o mal conservados?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vandalismo, como ventanas rotas o grafitis?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

**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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El padre, la madre o el tutor legal falleció  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El padre, la madre o el tutor legal estuvo en la cárcel o prisión                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vio u oyó a sus padres o a adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en la casa          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, pensamientos suicidas o depresión grave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente debido a su raza o grupo étnico                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por una afección o discapacidad                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajamos juntos para resolver nuestros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nos concentramos en nuestras fortalezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mantenemos la esperanza incluso en momentos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 (X) en 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 (X) en 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 (X) en una casilla.

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

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

- Sí
- No

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

- Sí → **Complete las preguntas J13 - J23 para el otro padre(madre) o adulto cuidador**
- No → **PASE a la pregunta K1 en la página 22**

## 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 (X) en 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 (X) en 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 (X) en una casilla.

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

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

- Sí
- No

## K. Información 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

**K2** ¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de su familia? *Se define como familia a todas las personas que están relacionadas con este(a) niño(a) por consanguinidad, matrimonio, adopción, o a través del programa de hijos de crianza (foster care).*

Cantidad de personas







## 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](mailto: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.

