

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

Número de Entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha de la Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Archivo Médico: \_\_\_\_\_

Iniciales del Entrevistador: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ KG

Deshidratación:  Sí  No  NS/Rehusa

Internado/a en el hospital:  Sí  No  NS/Rehusa

Altura: \_\_\_\_\_ CM

Diagnóstico Médico-SÓLO NIÑOS INTERNADOS: \_\_\_\_\_

Supino  Parado

Sitio:  Baltimore  Boston  Little Rock  Los Angeles  Minneapolis  DC  Philadelphia

### SECCION A: (DCC: S1)

### FORMA INICIAL

Hola! Me llamo \_\_\_\_\_. Trabajo en el Departamento de Pediatría en un proyecto relacionado con una encuesta sobre la salud y bienestar de los niños que usan los servicios en [este/a hospital/clínica]. Estamos entrevistando a los padres de todos los niños menores de tres años de edad. Mientras está esperando para ser atendido por el personal de Emergencia/la Clínica, ¿tiene usted unos minutos para participar en esta encuesta? **Si la persona se niega, agrádezcalle por su tiempo y pase al final de la página.**

Esta encuesta toma aproximadamente 15 a 20 minutos. Debido a que hay un gran número de factores que afectan la salud de los niños, le voy a hacer una variedad de preguntas. [Sitio específico: También voy a preguntarle si puedo medir la estatura de su niño] Toda la información en esta encuesta se mantendrá confidencial, no la compartiré con ninguna otra persona. Si usted prefiere no contestar alguna pregunta, déjeme saber. Si usted prefiere no participar en esta encuesta el cuidado médico para su hijo no se verá afectado en ninguna forma. Al completar esta entrevista le daremos como agradecimiento [Entrevistador: describe el tipo de remuneración que recibirán]. ¿Tiene alguna pregunta? **Si el participante desea información adicional:** Esta encuesta tiene preguntas para los padres acerca de su salud y la salud del niño(a), de su hogar, de la alimentación y nutrición de la familia y si la familia recibe ayuda del estado o del gobierno federal.

1. ¿Es niña o niño?  Niño  Niña

¿Nombre del niño(a)? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [este niño(a)]? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su relación con [este niño(a)]?

Madre (biológico)  Padre (biológico)  Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted la persona encargada del cuidado de [este niño(a)]?  Sí  No

[INDIQUE: ¿Tiene usted la custodia legal de [este niño(a)] o tiene la responsabilidad del bienestar del niño(a)?]

5. ¿Vive usted en el mismo hogar en donde vive [este niño(a)]?  Sí  NO ES ELIGIBLE SI 'NO'

6. ¿Vive usted en este estado?  Sí  NO ES ELIGIBLE SI 'NO'

### PREGUNTAS 7-9 SERÁN CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR

7. ¿Razón por inelegibilidad?

- Idioma diferente al del entrevistador  No tiene conocimiento del hogar.  
 Fue entrevistado hace menos de 6 meses.  La familia vive en otro estado  
 Otro \_\_\_\_\_

[Si cualquiera de estas respuestas (P7:1-5 están tiqueadas pase a la P9).]

8. ¿Aceptó el padre/la madre ser entrevistado/a?  Sí  No **TERMINE LA ENTREVISTA SI 'NO'**

9. ¿Tipo de visita?

- Problema agudo/sin cita/"walk-in"  Sala de Emergencia  
 Chequeo/con cita/consulta de niño sano  Otro \_\_\_\_\_

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**SECCIÓN B:(DCC: S15) PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO (PEDS) – niños de 4 meses – 3 años**

*ENTREVISTADOR: Pase a la Sección C si no está entrevistando a la persona principalmente encargada del cuidado del niño(a). Pase a la Sección C si [este niño(a)] tiene menos de 4 meses.*

Las siguientes preguntas son acerca del desarrollo [del niño(a)].

**1. Por favor díganos si le preocupa algo sobre la manera en que su hijo(a) está aprendiendo, desarrollándose o comportándose.**

Preocupaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1 Sí, la persona responsable enumera sus preocupaciones. 2 No, la persona responsable no enumera sus preocupaciones.  
9 NS/Rehusa

*[ENTREVISTADOR: Escriba notas en el margen para señalar preocupaciones específicas.]*

**2. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] habla y forma los sonidos?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**3. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] entiende lo que le dicen?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**4. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] usa las manos y los dedos para hacer las cosas?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**5. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] usa las piernas y los brazos para hacer las cosas?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**6. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] se comporta?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**7. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] se relaciona con otras personas?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**8. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo/a?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**9. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?**

- 1 Sí 2 No 3 Un poco 9 NS/Rehusa

**10. ¿Le preocupa algo más acerca de su [niño(a)]? Por favor explíquenlos.**

Preocupaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1 Sí, la persona responsable enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.  
2 No, la persona responsable no enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.  
3 La persona responsable enumera preocupaciones solamente sobre la salud aguda, no sobre el desarrollo.  
9 NS/Rehusa

**11. ¿Está este niño(a) participando en un Programa de Intervención Temprana?**

- 1 Sí [Pase a la Sección C] 2 No 9 NS/Rehusa

**11a. ¿Le gustaría recibir información sobre un Programa de Intervención Temprana?**

- 1 Sí 2 No 9 NS/Rehusa

***ENTREVISTADOR: Las respuestas que pueden predecir un atraso en el desarrollo [del niño(a)]:***

*Edades 4-17 meses: Respuestas 1, 2, 7 y 10*

*Edades 18 meses – 3 años: Respuestas 1, 2, 3 y 10*

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**SECCION C: (DCC: S2)**

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

Ahora le voy a hacer preguntas generales acerca de [usted/los padres del niño(a)] ...

1. ¿En qué año nació [usted/la mamá *biológica* de este niño(a)]? \_\_\_\_\_ Sí "NS/Rehusa" escriba =9999  
Año

2. ¿Cuál es el código postal del lugar donde usted vive? \_\_\_\_\_  
Sí "NS/Rehusa" escriba =99999

3. ¿Dónde nació [el niño(a)]?
- |  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> USA         | 4 <input type="checkbox"/> Rep. Dom    | 7 <input type="checkbox"/> Haití   | 10 <input type="checkbox"/> Otro _____     |
| 2 <input type="checkbox"/> Puerto Rico | 5 <input type="checkbox"/> El Salvador | 8 <input type="checkbox"/> México  | 99 <input type="checkbox"/> No sabe/rehusa |
| 3 <input type="checkbox"/> Cabo Verde  | 6 <input type="checkbox"/> Guatemala   | 9 <input type="checkbox"/> Somalia |  |

4. ¿Dónde nació [usted/la mamá *biológica*]?
- |  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> USA [PASE a la P.6]         | 4 <input type="checkbox"/> Rep. Dom    | 7 <input type="checkbox"/> Haití   | 10 <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| 2 <input type="checkbox"/> Puerto Rico [PASE a la P.6] | 5 <input type="checkbox"/> El Salvador | 8 <input type="checkbox"/> México  | 99 <input type="checkbox"/> NS/rehusa  |
| 3 <input type="checkbox"/> Cabo Verde                  | 6 <input type="checkbox"/> Guatemala   | 9 <input type="checkbox"/> Somalia |  |

5. ¿En qué año llegó [usted/la mamá *biológica*] a los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ Sí "NS/Rehusa" escriba =9999  
Año

6. ¿De cuál grupo étnico se considera [usted/ la mamá/la persona a cargo de este niño(a)]?  
*[Entrevistador: Puede indicar más de una respuesta]*

	Sí	No	NS/Rehusa
a. Asiático	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Negro o afroamericano o afrocaribeño	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Hispano o latino (con orígenes en el Caribe, México, Centro o Sud America)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Blanco o Caucasio (descendencia europea)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Otro _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Americano nativo o indígena	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

7. ¿Cuál es [su estado civil/el estado civil de la mamá]?
- |                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> soltera   | 3 <input type="checkbox"/> separado(a), divorciado(a), viudo(a) | 9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa |
| 2 <input type="checkbox"/> casado(a) | 4 <input type="checkbox"/> viviendo juntos                      |                                      |

8. ¿Hasta este momento cuál es el nivel más alto de educación que [usted/la mamá del niño(a)] ha completado?
- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Algunos años de la secundaria o de la primaria | 4 <input type="checkbox"/> Diploma universitaria/título |
| 2 <input type="checkbox"/> Secundaria completa o GED                      | 5 <input type="checkbox"/> Maestría o más               |
| 3 <input type="checkbox"/> Algo de estudios técnicos o universitarios     | 9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa                    |

**SECCIÓN D: (DCC: S14)**

**PREGUNTAS SOBRE EL EMPLEO**

Las próximas preguntas son sobre [su estado de empleo/ el estado del empleo de la persona responsable del niño(a)].

1. ¿Tiene [usted /la persona responsable del niño(a)] empleo aunque sea temporal, o tiene un permiso oficial para no trabajar, o está en una licencia por maternidad?

*[INDIQUE: Algunos ejemplos de un permiso oficial son el Acto de Permiso Médico Familiar (FMLA o Family Medical Leave Act), la compensación al obrero, o alguna incapacidad temporal] Si es así, ¿Cuántos trabajos tiene(n) [usted/los padres de este niño(a)]?*

\_\_\_\_\_ trabajos *[Si no tiene trabajo escriba "0" y pase a la P. 8]*

2. ¿Cuántas horas trabaja usted durante la semana? \_\_\_\_\_ horas

*[Si trabaja de vez en cuando indique=77, si no está trabajando porque tiene algún permiso oficial indique=88, Si NS/Rehusa indique=99]*

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**OPCION #1: SI TRABAJA**

3. ¿Cuántos trabajos ha tenido desde [nombre de este mes] del año pasado? \_\_\_\_\_ #trabajos

3a. ¿Cuál es su salario por hora en el trabajo donde trabaja la mayor parte del tiempo?

[Entrevistador: Pregunte sobre el ingreso bruto o sea el salario ANTES de la deducción de los impuestos y llene sólo un espacio]

Trabajador por horas \$ \_\_\_\_\_ /hr 999.99 = NS/Rehusa

Trabajador asalariado \$ \_\_\_\_\_ /semana 99,999.99 = NS/Rehusa

\$ \_\_\_\_\_ /mes 99,999.99 = NS/Rehusa

\$ \_\_\_\_\_ /año 999,999.99 = NS/Rehusa

4. ¿Por cuánto tiempo ha tenido [este trabajo/el trabajo donde ha trabajado por más tiempo]?

\_\_\_\_\_ # años Marque 00.5= "0-5 meses", 00.8=" 6-11 meses", 99.9=NS/Rehusa

5. (No respuesta)

6. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, [ha usted/la persona responsable del niño(a)] cambiado las horas de [este trabajo/cualquiera de sus trabajos]? [Entrevistador: Pregunte sobre el trabajo donde trabajó más horas semanalmente].

1  Disminuyeron [PASE a la P.11] 3  No hubo cambio [PASE a la P.12]

2  Aumentaron [PASE a la P.12] 4  Dejó de trabajar [PASE a la P.11] 9  NS/Rehusa [PASE a la P.12]

7. (No respuesta)

**OPCIÓN #2: SI NO TRABAJA**

8. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha tenido [usted/la persona responsable del niño(a)] algún trabajo?

1  Sí

2  No [PASE a la P.12]

9  NS/Rehusa [PASE a la P.12]

9. ¿Cuándo fue que su trabajo se terminó? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (NS/Rehusa=99/9999)

[Entrevistador: Pregunte sobre el trabajo donde trabajó más horas semanalmente.]

10. ¿Por cuánto tiempo [usted/la persona responsable del niño(a)] tuvo este trabajo? \_\_\_\_\_ # años

[Entrevistador: Pregunte por el trabajo donde trabajó más horas semanalmente.]

Marque 00.5="0-5 meses", Marque= 00.8="6-11 meses", 99.9= NS/Rehusa

11. ¿Por qué redujó las horas de su trabajo o dejó de trabajar? [Entrevistador: Puede marcar más de una respuesta]

1  no estaba satisfecho con el trabajo

8  embarazo/ licencia de maternidad

15  empleador vendió su negocio

2  Redujeron personal

9  bajo salario/paga insatisfactoria

16  otro \_\_\_\_\_

3  el trabajo era temporal y terminó

10  una enfermedad/lesión de mi hijo

17  aumentaron las horas en otro trabajo

4  renunció para tomar otro trabajo

11  una enfermedad/lesión de otra pariente

18  Poco negocio/baja demanda

5  fue despedido

12  una enfermedad/lesión propia

19  Mudanza/Relacionado a una

6  estudios/entrenamiento

13  empleador anunció bancarrota

mudanza

7  Problemas con el cuidado de mis hijos

14  otras obligaciones personales

99  NS/Rehusa

12. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, recibió [usted/la persona responsable el niño(a)] pagos de desempleo?

1  Sí

2  No

9  NS/Rehusa

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

13. ¿INCLUYÉNDOSE a [usted/la persona responsable del niño(a)], cuántos adultos tienen empleo en su hogar?

[INDIQUE: No se olvide de incluirse usted] \_\_\_\_\_ # adultos

14. ¿Económicamente diría usted que su situación está mejor o peor ahora que en [nombre del mes actual] del año pasado?

- 1  Mucho mejor 2  Un poco mejor 3  Igual 4  Un poco peor 5  Mucho peor 9  NS/Rehusa

### SECCIÓN E: (DCC: S3)

### HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO

Las próximas preguntas son sobre la salud de este niño(a)...

1. ¿Cuánto pesó [el niño(a)] al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas Sí "NS/Rehusa" escriba =99lbs 99ozs

2. ¿A cuántas semanas de embarazo nació [el niño(a)]? \_\_\_\_\_ semanas Sí "NS/Rehusa" escriba =99  
[INDIQUE: ¿Qué tan cerca estuvo de la fecha programada? ¿Antes o después?] [Embarazo a término=40 semanas]

3. ¿Le dio pecho o leche materna al bebé?

- 1  Sí 3  Todavía está recibiendo leche materna  
2  No [Pase a la P. 5] 9  NS/Rehusa [Pase a P. 5]

4. ¿Por cuánto tiempo recibió leche materna? \_\_\_\_\_ meses

CÓDIGO: 77= "Todavía está amamantand, 88=<1 mes, 99= "NS/Rehusa"

4a. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando recibió otra alimentación aparte de la leche materna? \_\_\_\_\_ meses  
[INDIQUE: Por ejemplo, la primera que le dio formula agua, jugo o cereal.]  
CÓDIGO: 77=No todavía (recibe leche materna solamente), 88=<1 mes, 99=NS/Rehusa

5. ¿En general, diría que la salud de [el/la niño/a] es...:

- 1  Excelente 3  Regular  
2  Buena 4  Mala 9  NS/Rehusa

6. ¿Cuántas veces [el niño(a)] ha estado internado(a) en el hospital, sin incluir su nacimiento? \_\_\_\_\_ #veces  
[Entrevistador: No incluya la hospitalización después de nacer para los niños nacidos prematuros]  
Sí "NS/Rehusa" escriba=99

7. ¿Adónde lleva [al niño(a)] para los chequeos médicos rutinarios?

- 1  Clínica/Centro de salud/Consulta externa \_\_\_\_\_ 5  Otro \_\_\_\_\_  
2  Oficina privada o HMO (compañía privada de salud) 6  No van a un lugar regularmente  
3  Sala de Emergencia 4  (No respuesta) 9  NS/Rehusa

8. (No respuesta)

9. ¿En cualquier momento desde [nombre del mes actual] del año pasado, cambió usted el lugar donde lleva a su hijo(a) para cuidado médico?

- 1  Sí [Continúe a la P. 9a] 2  No [Pase a la P 10] 9  NS/Rehusa [Pase a la P. 10]

9a. ¿La razón de este cambio fue relacionada al seguro médico?

- 1  Sí 2  No 9  NS/Rehusa

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

La siguiente sección le pregunta acerca del seguro de salud y cobertura para recetas de su hijo y de su hogar. Primero le preguntaré acerca de su hijo.

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene [el niño(a)]?

1  Medicaid/SCHIP/Plan del Estado

Entrevistador: Use el nombre de Medicaid de su estado

4  Seguro privado/comercial/de su empleador

2  Otro seguro público /Atención gratis

5  Otro \_\_\_\_\_

3  Sin seguro médico/Paga de su bolsillo

9  NS/Rehusa

10a. ¿En relación al seguro médico del niño(a), cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación desde [nombre del mes actual] del año pasado...

1  Perdió el seguro médico

5  Tiene seguro medico que no tenía antes

2  Algún cambio al seguro, pero sin pérdida del seguro

6  Todavía no ha solicitado seguro (bebé

3  Ningún cambio al seguro

recién nacido)

4  Otro \_\_\_\_\_

7  Ningún seguro en el último año [Pase a la P.12]

9  NS/Rehusa

11. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado le sucedió que no podía obtener seguro médico para [nombre del niño(a)]?

1  Sí [Pase a la P.12]

2  No [Pase a la P.13]

9  NS/Rehusa [Pase a la P.13]

12. ¿Por qué fue que su niño(a) no tuvo seguro médico?, ¿fue porque:

1  No podía pagar la prima("Premium")? [INDIQUE: La prima es la cantidad de dinero uno tiene que pagar cada mes por el seguro.]

2  No podía presentar el acta de nacimiento u otros documentos requeridos para recibir el seguro médico?

3  [sólo para responsables que nacieron fuera de los Estados Unidos]usted estaba preocupado/a por su estado migratorio?

4  el proceso para solicitar el seguro le pareció muy confuso o intimidante?

5  en el pasado usted ha tenido una mala experiencia con esta u otras oficinas del gobierno.

6  No sabía como inscribirse

7  Otro \_\_\_\_\_

9  NS/Rehusa

13. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha habido algún cambio en el pago del seguro médico de su niño(a), en cuanto al 'co-pago' o 'la prima'? [INDIQUE: El 'co-pago' es la cantidad de dinero que usted paga cuando tiene una consulta médica. La prima es la cantidad que tiene que pagar cada mes.]

1  Aumentó el costo del seguro

3  No cambió el costo del seguro

2  Disminuyó el costo del seguro

4  Otro \_\_\_\_\_

9  NS/Rehusa

14. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha habido algún cambio en el 'co-pago' para las recetas médicas de su niño(a)? [INDIQUE: El 'co-pago' para recetas médicas es la cantidad que usted paga en la farmacia].

1  Aumentó el 'co-pago' por medicinas

3  No cambió el 'co-pago' por medicinas

2  Disminuyó el 'co-pago' por medicinas

4  Otro \_\_\_\_\_

9  NS/Rehusa

15. ¿Desde [nombre del mes actual],ha habido algún momento en que [nombre del niño(a)] necesitaba una medicina que le fue recetada pero no la podía obtener porque [usted/la familia] no la podía pagar?

1  Sí

2  No

9  NS/Rehusa

16. (Blank)

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

17. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha habido algún momento cuando [nombre del niño(a)] necesitaba *cuidado médico* pero no lo recibió porque [usted/la familia] no lo podía pagar?

1  Sí

2  No

9  NS/Rehusa

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca del seguro médico y cobertura para recetas médicas de su hogar.

18. ¿Desde [nombre del mes actual], ha habido algún momento en que usted u otro miembro del hogar aparte de [nombre del niño(a)] necesitaba *una medicina que le fue recetada* pero no la podía obtener porque [usted/la familia] no la podía pagar?

1  Sí [Pase a la P.18a]

2  No [Pase a la P.19]

9  NS/Rehusa [Pase a la P.19]

18a. De los miembros del hogar que no podían obtener una medicina recetada:

¿Cuántos de ellos fueron personas de 17 años de edad o menores? \_\_\_\_

¿Cuántos de ellos fueron personas de 18 años de edad o mayores? \_\_\_\_

19. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha habido algún momento cuando usted u otro miembro del hogar aparte de [nombre del niño(a)], necesitaba *cuidado médico* pero no lo recibió porque [usted/la familia] no lo podía pagar?

1  Sí [pase a la P.19a]

2  No [pase a la P.20]

9  NS/Rehusa [pase a la P.20].

19a. De los miembros del hogar que no podían obtener cuidado médico:

¿Cuántos de ellos fueron personas de 17 años de edad o menores? \_\_\_\_

¿Cuántos de ellos fueron personas de 18 años de edad o mayores? \_\_\_\_

20. ¿Alguna vez los gastos para cuidado médico o recetas médicas para cualquier miembro del hogar le ha impedido pagar alguno de los siguientes gastos? [Entrevistador: Puede indicar más que una respuesta. Si no eligen una respuesta, no la marquen].

1  la renta/el alquiler/la hipoteca?

4  los gastos automóbiles (seguro, préstamo, gasolina, arreglos)?

2  las cuentas de utilidades (electricidad, calefacción etc.)?

5  Otro \_\_\_\_\_

3  la comida?

6  Ninguno de estos

9  NS/Rehusa

### SECCIÓN F(1): (DCC: S10)

### PREGUNTAS SOBRE LA SALUD MATERNA

[Entrevistador: Pase a la pregunta 6b si no está entrevistando a la madre/mujer encargada del cuidado [del niño(a)]. Las preguntas 1-6 se aplican solamente a la mamá u otra mujer encargada del cuidado del/la niño/a.]

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud.

1. ¿En general, diría que su salud física es.....?

1  Excelente

3  Regular

2  Buena

4  Mala

2. ¿Comparando su estado de salud ahora con el año pasado, diría que es?

1  Mucho mejor

3  Igual

5  Mucho peor

2  Un poco mejor

4  Un poco peor

9  NS/Rehusa

3a. ¿Diría que alguna vez se ha sentido deprimida?

1  Sí

2  No [Pase a la P. 4]

9  NS/Rehusa [Pase a P. 4]

3b. ¿Cuántas veces en la última semana diría que la siguiente frase le ha descrito:.....Me he sentido deprimida?

1  0 días

3  3-4 días

9  NS/Rehusa

2  1-2 días

4  5-7 días

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

4. ¿Durante el año pasado, han pasado dos semanas o más durante las cuales se sintió triste ó perdió el deseo de hacer las cosas de que suele disfrutar?    <sub>1</sub>  Sí                                    <sub>2</sub>  No                                    <sub>9</sub>  NS/Rehusa
5. ¿Ha tenido dos años o más en su vida durante los cuales se sintió triste la mayoría de los días, aunque se haya sentido bien algunos días?                                    <sub>1</sub>  Sí                                    <sub>2</sub>  No                                    <sub>9</sub>  NS/Rehusa
6. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha fumado cigarillos?  
<sub>1</sub>  Sí                                    <sub>2</sub>  No [Pase a P6b]                                    <sub>9</sub>  NS/Rehusa [Salte a P.6b]
- 6a. Dénos un promedio, ¿cuántos cigarillos fuma usted cada día? \_\_\_\_ \_\_\_\_
- 6b. ¿Incluyéndose a si mismo, cuántas personas en su hogar fuman cigarillos? \_\_\_\_ \_\_\_\_

### SECCIÓN F(2) (DCC: S10)                                    LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LOS PADRES

Las próximas preguntas son acerca de la estatura y el peso de la mamá/el papá *biológico* del niño(a).  
[Entrevistador: Sólo ofrezca medidas métricas si los padres no saben la estatura/el peso en pies/libras. Ponga un círculo alrededor de la medida correcta].

7. ¿Cuánto mide(n) [usted/los padres *biológicos* del/la niño/a]?
- 7a. La estatura de la mamá    \_\_\_\_ pies \_\_\_\_ \_\_\_\_ pulgadas/ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ cm    Si NS/Rehusa escriba=9 pies 99 pulgadas/999cm
- 7b. La estatura del papá        \_\_\_\_ pies \_\_\_\_ \_\_\_\_ pulgadas/ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ cm                                    “                                    “
8. ¿Cuánto pesa(n) [usted/los padres *biológicos* del niño(a)]?  
[Entrevistador: Si la mamá está embarazada pídale su peso promedio cuando ella no está en estado].
- 8a. Peso de la mamá        \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ libras/ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ kilos                                    Si “NS/Rehusa” escriba=999 libras/kilos
- 8b. Peso de la papá        \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ libras/ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ kilos                                    “                                    “

### SECCIÓN G: (DCC: S4 & S11)                                    HOGAR DEL NIÑO

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la familia y el hogar de [este/a niño/a].

1. ¿Vive la familia de este niño(a) en.....?
- <sub>1</sub>  un apartamento                                    <sub>5</sub>  una residencia de tratamiento/vivienda con supervisión para padres adolescentes [Pase a la P.8]
- <sub>2</sub>  una casa/condominio                                    <sub>6</sub>  una vivienda del gobierno (ejercito etc.) [Pase a la P.5]
- <sub>3</sub>  un refugio/vivienda transitoria [Pase a la P.8]                                    <sub>7</sub>  una casa móvil (“mobile home/trailer”)
- <sub>4</sub>  Otro (cuarto, auto etc.) \_\_\_\_\_ [Pase a la P.5]                                    <sub>8</sub>  cuarto/cuarto alquilado [Pase a la P.3]
- <sub>9</sub>  NS/Rehusa
2. ¿Es [usted/la persona a cargo de este niño(a)] propietario de su vivienda? [INDIQUE: ¿La hipoteca de la casa está a su nombre? O ¿Podría vender la casa si usted/él/ella quisiera?]
- <sub>1</sub>  Sí    [Pase a la P.5]                                    <sub>2</sub>  No                                    <sub>9</sub>  NS/Rehusa
3. ¿Viven ustedes con otras personas temporalmente por dificultades económicas? [ENTREVISTADOR: Esta pregunta se refiere a la persona que se aloja con otra persona temporalmente, NO al dueño/inquilino del departamento que está alojando a la persona.]
- <sub>1</sub>  Sí                                    <sub>2</sub>  No                                    <sub>9</sub>  NS/Rehusa

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

4. ¿Cuál de las siguientes respuestas describe su situación?

- 1  usted paga toda la renta      3  no paga renta pero frecuentemente paga otros gastos de vivienda [Pase a P.6]  
 2  usted paga una parte de la Renta      4  no paga renta ni gastos de vivienda [Pase a P.6]  
 9  NS/Rehusa

5. ¿Cuánto paga [usted/la persona responsable de este niño(a)] mensualmente de [renta/hipoteca]?

\$ \_\_\_\_\_ Sí "NS/Rehusa", escriba =9999.99

6. ¿Durante los últimos 12 meses, hubo algún momento en que [usted/el padre del niño(a)] no podía pagar la renta o la hipoteca a tiempo? [INDIQUE: ¿Por dificultades económicas?]

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

7. ¿Cuántos dormitorios hay en la casa? \_\_\_\_\_ # dormitorios

8. ¿En cuántos lugares ha vivido [este/a niño/a] desde el pasado [nombre de este mes]? \_\_\_\_\_ # lugares

9. Incluyéndole a este niño/a, cuántas personas entre 0-17 años de edad viven en el hogar? \_\_\_\_\_ # personas

10. ¿INCLUYÉNDOSE A USTED, cuántas personas 18 años o mayores viven en el hogar? \_\_\_\_\_ # personas  
 [Entrevistador: si viven en un refugio, sólo incluya a esta familia]

11. (No respuesta)

**Las siguientes preguntas son sobre su vivienda actual. Después le preguntaré acerca de su vivienda desde que [usted/la madre biológica del niño(a)] estaba embarazada de este niño(a).**

**SI ES PROPIETARIO DE SU VIVIENDA O RESIDE EN UNA BASE MILITAR, PASE A LA P. 18.  
 PASE A LA P. 17 si vive en un REFUGIO o VIVIENDA TRANSITORIA u otra SITUACIÓN INSTITUCIONAL.**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 12. ¿ Actualmente vive la familia en vivienda pública o subvencionada por el gobierno? [INDIQUE: ¿Recibe ayuda del estado, ciudad o gobierno federal para pagar la renta?] | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No<br>Pase a la P.13 | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.13 |
| 12a. ¿Está el contrato del [apartamento/vivienda] a su nombre (o al nombre la persona responsable del niño(a))?  | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No<br>Pase a la P.13 | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.13 |
| 12b. ¿Puede usted trasladar su vale o certificado a otra vivienda de su elección? [INDIQUE: ¿Tiene ayuda de "Seccion 8," un certificado o vale?]                           | 1 <input type="checkbox"/> Sí<br>Pase a la P.17 | 2 <input type="checkbox"/> No<br>Pase a la P.17 | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.17 |
| 13. ¿Ha solicitado Sección 8 u otra clase de vivienda pública o subvencionada (Sección 8)?   | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No<br>Pase a la P.17 | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.17 |
| 14. ¿Está en una lista de espera para asistencia de vivienda pública ú otro tipo de vivienda subsidiada?   | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No<br>Pase a la P.15 | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.15 |
| 14a. ¿Por aproximadamente cuánto tiempo ha estado en una lista de espera para asistencia de vivienda? [Entrevistador: Convierta los años a meses.]                         | _____ # meses                                   | Pase a la P.17                                  | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh<br>Pase a la P.17 |
| 15. ¿Ha tratado de entrar en una lista de espera pero no pudo?   | 1 <input type="checkbox"/> Sí<br>Pase a la P.17 | 2 <input type="checkbox"/> No                   | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh                   |
| 16. ¿Actualmente tiene usted un certificado de vivienda o un vale de Sección 8?  | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No                   | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh                   |
| 17. ¿Durante los pasados 2 años, ha tenido usted un certificado de vivienda que venció o que le fue revocado?  | 1 <input type="checkbox"/> Sí                   | 2 <input type="checkbox"/> No                   | 9 <input type="checkbox"/> NS/Reh                   |

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

Las siguientes preguntas son sobre su vivienda desde que [usted/la madre biológica] estaba embarazada de este niño(a), [NOMBRE DEL NIÑO]. En el primer grupo de preguntas cuando digo sin hogar significa vivir en un refugio, una situación de vivienda transitoria, vivienda de "sitio dispersado" ('scattered site') o ningún lugar regular donde usted duerme en la noche.

18. Pensando ahora en [su embarazo/el embarazo de la madre biológica] de este niño(a), ¿alguna vez estaba [usted/la madre biológica] sin hogar o vivió [usted/la madre biológica] en un refugio en ese periodo? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre estaba sin hogar/viviendo en un refugio mientras este niño(a) estaba en su vientre.]

Sí

No

NS/Rehusa

19. Hablemos ahora acerca del periodo desde que [NOMBRE DEL NIÑO] nació. Pensando en la vida de este niño(a) hasta este momento, ¿alguna vez ha estado sin hogar o viviendo en un refugio?

Sí [Continúe a la P.19a]

No [Pase a la P.20]

NS/Rehusa [Pase a la P.20]

19a. ¿Por cuántos meses *en total* estaba este niño(a) sin hogar o viviendo en un refugio? ¿Fue por:

menos de 6 meses?

más de un año?

6-12 meses?

NS/Rehusa

Ahora le preguntaré sobre su experiencia con la vivienda subvencionada cuando [usted/la madre biológica] estaba embarazada de [NOMBRE DEL NIÑO].

20. Pensando ahora en [su embarazo/el embarazo de la madre biológica] de este niño(a), ¿en ese periodo alguna vez vivió [usted/la madre biológica] en vivienda subvencionada, pública o de Sección 8? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre estaba sin hogar/viviendo en un refugio mientras este niño(a) estaba en su vientre.]

Sí

No

NS/Rehusa

21. Hablemos ahora acerca del periodo desde que [NOMBRE DEL NIÑO] nació. Pensando en la vida de este niño(a) hasta este momento, ¿alguna vez ha vivido en vivienda subvencionada, pública o de Sección 8?

Sí [Continúe a la P.21a]

No [Pase a la Sección H]

NS/Rehusa [Pase a la Sección H]

21a. Por cuántos meses *en total* vivió este niño(a) en vivienda subvencionada, pública o de Sección 8? ¿Fue por:

menos de 6 meses?

más de un año?

6-12 meses?

NS/Rehusa

### SECCIÓN H: (DCC: S12) PREGUNTAS ACERCA DE LA ENERGÍA

Las siguientes preguntas se tratan de sus gastos de energía y utilidades.

#### PASE A LA P.4 SI VIVE EN UN REFUGIO U OTRA SITUACIÓN INSTITUCIONAL

1. ¿El medio de calefacción en su casa es a.....?

[Entrevistador: Queremos saber la fuente principal de calefacción para el hogar]

Gas

Petroleo

Electricidad

Otro\_\_\_\_\_

NS/Rehusa

2. ¿Durante tiempos calurosos, cuál es el método que usa para refrescar su casa? Es .....

[Entrevistador: Queremos saber la fuente principal para el hogar]

Un sistema central de aire acondicionado

Un ventilador

Otro\_\_\_\_\_

Una unidad de aire acondicionado

Ninguno

NS/Rehusa

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**PASE A LA P.9 SI VIVE EN VIVIENDA MILITAR** **PASE A LA P.4 SI ES DUEÑO DE SU CASA**

3. ¿Paga el dueño de casa por los servicios? [ENTREVISTADOR: Escoga todas las respuestas que apliquen.]

- 1  Calefacción      3  Agua      5  El dueño no paga por ningún servicio  
 2  Electricidad      4  Otro \_\_\_\_\_      9  NS/Rehusa

[Pregunte si todas las respuestas han sido negativas: ¿Entonces el dueño no paga por ningún servicio?]

**PASE A LA P.9 SI EL DUEÑO PAGA POR LA CALEFACCION Y ELECTRICIDAD**

4. ¿Este año o el año pasado recibió ayuda de un programa de ayuda para pagar las cuentas de [calefacción o electricidad]?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

5. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez la compañía que le provee [la calefacción/electricidad] le ha mandado una carta amenazando con cortarle el servicio por falta de pago?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

6. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, la compañía que le provee [la calefacción o la electricidad] le ha cortado los servicios o rehusó entregarle combustible] por falta de pago?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

7. Desde [nombre de este mes] del año pasado, estuvo usted algún día sin calefacción o aire acondicionado porque no pudo pagar las cuentas?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

8. (No respuesta)

9. ¿Desde [el nombre de este mes] del año pasado, alguna vez ha usado [usted/el/la encargado/a del/la niño/a] el horno para calentar el hogar porque [usted/el/la encargado/a] no pudo pagar las cuentas?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

**SECCIÓN I: (DCC: S5) ALIMENTOS Y NUTRICIÓN DEL HOGAR (USDA)**

Las siguientes preguntas se tratan de los alimentos que se consumen en su hogar.

1. (No respuesta)

Ahora le voy a leer varias declaraciones que la gente ha hecho acerca de su situación alimenticia. Para cada una de ellas, por favor dígame si sucedió esto 'frecuentemente,' 'a veces,' o 'nunca' durante el pasado año.

	Frecuentemente cierto	A veces cierto	Nunca cierto	NS/Rehusa
2. Estabamos preocupados <u>de que se nos acabaran</u> los alimentos antes de obtener dinero para comprar más.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Los <u>alimentos que compramos no duro</u> mucho y no tuvimos dinero para obtenermsa'	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. No <u>nos alcanzaba el dinero</u> para comer comidas balanceadas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Nosotros <u>dependíamos de unos cuantos tipos de alimentos bajo de precios</u> para alimentar a [nuestro niños(a)] porque se nos acababa el dinero para hacer compras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Nosotros no podíamos darle una <u>comida balanceada</u> a [nuestro niños(a)] porque no nos alcanzaba el dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**#2 Selección para el segundo nivel: Si seleccionó la respuesta FRECUENTEMENTE o A VECES CIERTO para cualquiera de las preguntas 2- 6, continúe a la pregunta 7. De otra manera PASE A LA SECCIÓN J.**

	Frecuentem ente cierto	A veces cierto	Nunca cierto	NS/Rehusa
7. Nuestros hijos <u>no estaban comiendo lo suficiente</u> porque simplemente no podíamos comprar suficiente comida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, usted u otros adultos en su hogar [disminuyó/disminuyeron] <u>la cantidad de comida</u> o [dejó/dejaron] pasar alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> No [pase a la P. 9]	9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa [pase a la P. 9]	

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

8a. ¿Con qué frecuencia le(s) sucedió esto....?

1  Casi todos los meses

3  Solamente 1 o 2 meses

2  Algunos meses pero no todos

9  NS/Rehusa

Sí    No    NS

9. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez le sucedió que usted comió menos de lo normal porque no había suficiente dinero para comprar los alimentos? 1     2     9

10. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez tuvo hambre, pero no comió porque no le alcanzaba el dinero para comprar suficiente comida? 1     2     9

11. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, perdió usted peso porque no tenía suficiente dinero para los alimentos? 1     2     9

12. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, [usted/ú otro adulto en su hogar] dejaron de comer un día entero porque no había suficiente dinero para la compra de comida?

1  Sí

2  No

**pase a la caja #3**

9  NS/Rehusa

**pase a la caja #3**

12a. ¿Con qué frecuencia le sucedió esto....?

1  Casi todos los meses

3  Solamente 1 o 2 meses

2  Algunos meses pero no todos

9  NS/Rehusa

**#3 Selección para el tercer nivel: Si dio una respuesta afirmativa (Ejemplo' "Sí" o "casi/algunos meses") a cualquiera de las preguntas 7-12a; continúe a la P. 13. De otra manera PASE A LA SECCIÓN J.**

Las próximas preguntas son acerca de niños y jóvenes menores de 18 años que viven en el hogar.

13. ¿Desde [nombre del mes] del último año, redujó usted alguna vez la porción de las comidas de [este niño(s)] porque no había suficiente dinero para los alimentos?

1  Sí

2  No

9  NS/Rehusa

14. ¿Desde [nombre de este mes] del último año, [este niño(a) o cualquiera de los niños] no comió alguna comida porque no había suficiente dinero para los alimentos?

1  Sí

2  No [Pase a la P. 15]

9  NS/Rehusa [Pase a la P. 15]

14a. ¿Con que frecuencia le sucedió esto....?

1  Casi todos los meses

3  Solamente 1 o 2 meses

2  Algunos meses pero no todos

9  NS/Rehusa

Si    No    NS

15. ¿Desde [nombre del mes actual] del último año estuvo el niño(a) o estuvieron los niños alguna vez con hambre porque usted simplemente no le alcanzó el dinero para comprar más comida? 1     2     9

16. ¿Desde [nombre del mes actual] del último año, alguna vez [el o los niño(a)] no comió/comieron durante todo el día porque no había dinero para comprar los alimentos? 1     2     9

### SECCION J: (DCC: S6) ASISTENCIA PÚBLICA O ESTATAL

La próxima sección se trata de los servicios de asistencia estatales or federales que haya recibido en su hogar.

1. ¿Alguna vez ha recibido [usted/los padres de este niño(a)] o [el niño(a)] 'welfare'? [INDIQUE: ¿Reciben ambos [usted y el niño(a)] "welfare" ahora o sólo [el niño(a)]?]

1  No, nunca ha recibido welfare [Pase a la P. 4]

2  Sí, Ha recibido welfare, pero ahora no

1a. ¿Cuándo dejó usted de recibir welfare? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [Pase a la P.3]

*Si no se acuerda del mes, use el código 99 y el año apropiado. Mes/Año Sí "NS/Rehusa", escriba =99/9999*

3  Sí, ahora recibe welfare/la solicitud está aprobada-pago pendiente

4  Tiene una solicitud pendiente/ha solicitado pero le fue negado/tiene pensado aplicar [Pase a la P.14]

5  No conoce este programa/No sabe si califica [pase a la P.14]

6  SÓLO EL NIÑO(A)–Sí, ahora recibe 'welfare'/la solicitud está aprobada – pago pendiente

7  SÓLO EL NIÑO(A)–Tiene una solicitud pendiente/ha solicitado pero le fue negado/tiene pensado aplicar [pase a la P.14]

9  NS/Rehusa [pase a la P.14]

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**2. ¿Por cuánto tiempo ha estado [usted/el padre de este niño(a) o el niño(a)] recibiendo welfare?**

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ # años [Si recibe welfare <1 año, escriba =97.0] [Si sólo el niño recibe 'welfare', escriba 77.7], [NS/Rehusa= 99.9]

**3. ¿Sin incluir [su experiencia actual recibiendo welfare/ la vez que recibió este beneficio en el pasado], cuántas veces ha recibido welfare como adulto? [Entrevistador: Sin incluir la experiencia actual o la respuesta dada en la P.1.]**

- 1  Cero veces                      3  Dos veces                      5  Caso solamente para idamente nino(A)  
 2  Una vez                              4  tres veces                      9  NS/Rehusa

**SI RECIBE WELFARE AHORA Y POR PRIMERA VEZ, PASE A LA P. 6**

**4. ¿Por qué usted [no recibe/dejó de recibir] welfare en este caso?**

	SÍ	NO
a. Eligió no participar / no necesita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Razones personales/Demasiados trámites /trato en la oficina de welfare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Razones relacionadas con el estado de migración	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Conseguió un trabajo/El salario sobrepasó el límite de welfare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Situación de vivienda cambió/otros en el hogar ganan lo suficiente para las necesidades/aumentó el sueldo del hogar/recibe SSI	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. No quiso usar todo el tiempo límite de welfare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g. Cumplió el tiempo límite de welfare/estuvo mucho tiempo recibiendo welfare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h. Le eliminaron de welfare/no cumplió con los requisitos de welfare/no proveyó la información solicitada <b>Pase a la P.5</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i. Padre/madre adolescente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
j. Otro _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
k. NS/Rehusa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**SI RECIBE WELFARE AHORA, PASE A LA P. 6**

**SI NO RECIBE WELFARE PASE A LA P.14—AL MENOS DE QUE CONTESTE “SÍ” a LA RESPUESTA “H”, ENTONCES PASE A LA P.5**

**5. ¿Cuál fue la razón por la cuál le cortaron el welfare? [Entrevistador: Lea cada opción e indique Sí/No] ¿Fue porque usted...**

	SÍ	NO
a. Perdió la fecha límite de recertificación/ no entregó los documentos requeridos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. No cumplió con un requisito de welfare como de empleo o la búsqueda de trabajo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. MA SOLAMENTE: no proveyó la información necesaria sobre las vacunas [del niño(a)]?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. No cumplió con los requisitos de estudios o vivienda para padres adolescentes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Algún niño en el hogar no cumplió con los requisitos de asistencia escolar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. NS/Rehusa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g. Otra razón _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**SI RECIBE WELFARE AHORA, CONTINUE A LA P.6**

**SI NO RECIBE WELFARE AHORA, PASE A LA P.14**

**6. ¿Está inscrito a través de 'welfare' con "work-fare" (trabajo requerido), entrenamiento de trabajo, servicio comunitario o estudios?    1  Sí                      2  No                      9  NS/Rehusa**

**7. ¿Desde [nombre del mes actual] del último año, ha disminuído, aumentado ó está igual el monto del cheque de welfare?**

- 1  aumentó [Pase a la P. 9]                      4  recibió asistencia publica por menos de 30 días [Pase a la P.9]  
 2  disminuyó                                      9  NS/Rehusa [Pase a la P.9]  
 3  está igual [Pase a la P.9]

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

<b>8. ¿Cuál fué la razón por la que su beneficio fue disminuido?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
<i>[ENTREVISTADOR: Esta sección incluye reducciones por sanción y sin sanción.]</i>			
<b>a.</b> No cumplió con el requisito de trabajar o buscar trabajo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Aumentó su sueldo/encontró trabajo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>c.</b> No cumplió con los requisitos de estudios y vivienda para padres de adolescentes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>d.</b> No cumplió con los requisitos de asistencia escolar para niños en hogares que reciben welfare?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>e.</b> Cambió la situación de la familia/se casó/el tamaño del hogar cambió?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Se mudó a un departamento/una casa más barato(a)/se trasladó a un refugio?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>g.</b> Otro _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>h.</b> No sabe/no tiene idea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**9. ¿Cuánto dinero recibe [usted/la persona responsable de este niño(a)] de 'welfare' mensualmente?**  
 \$ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ *[INDIQUE: ¿Este es el total por un mes?] Sí "NS/Rehusa", escriba =999.99*

**10. ¿Está [usted/la persona responsable de este niño(a)] incluido/a en el beneficio de welfare?**  
 1  Sí                      2  No                      9  NS/Rehusa

**11. ¿[Este niño(a)] está cubierto/a por el beneficio?**  
 1  Sí **[Pase a la P.13]**                      2  No                      9  NS/Rehusa **[Pase a la P. 13]**

**12. ¿Por qué [este niño(a)] no está cubierto por el beneficio de welfare? ¿Es porque...**

1  Ocurrió otro embarazo mientras recibía welfare ("family cap")

2  Recibe SSI/ cuidado temporal adoptivo ("foster care")/ recibe manutención al niño

3  No está cubierto debido al estado migratorio de la familia

4  No lo necesita económicamente                      6  Otro \_\_\_\_\_

5  Demasiados trámites para recibirlo/No quiere recibirlo                      9  NS/Rehusa

**HOGARES CON SOLAMENTE 1 NIÑO, PASE A LA P. 14**  
**LA PREGUNTA 13 = PARA AR y MA SOLAMENTE**

**13. ¿Vive en su hogar algún otro [hijo suyo/hijo de la persona responsable del niño(a)]? ¿Si su respuesta es sí, hay alguno que no está cubierto por el beneficio debido al límite por familia ('family cap')?**  
 1  Sí                      2  No                      9  NS/Rehusa

**14. ¿Recibe [usted la persona responsable de este niño(a)] o [este niño(a)] 'SSI-disability'? ¿Quién lo recibe: usted, [el niño(a)], o ambos? [Si otro adulto miembro de la familia recibe seguro social marque la respuesta #1]**

1  No, no recibe SSI para si mismo ni para el niño(a)                      5  Pendiente, Tiene una solicitud aprobada para si mismo u otro niño

2  Sí, ahora recibe para si mismo u otro niño                      6  Pendiente, Tiene una solicitud aprobada para este niño(a)

3  Sí, ahora recibe para este niño(a)                      9  NS/Rehusa

4  Sí, ámbos reciben SSI (padre/persona responsable y niño)

**Las siguientes preguntas son sobre lo que antes se conocía como el Programa de Cupones de Alimentos ('food stamps'). Ahora se llama SNAP – el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario.**

**15. ¿Alguna vez ha recibido beneficios de SNAP para su familia o para este niño(a)?**

1  No, nunca ha recibido beneficios de SNAP

2  Sí, antes ha recibido beneficios de SNAP, pero ahora no

**15.a. ¿Cuándo dejó de recibir beneficios de SNAP?** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ Mes/Año  
*Sí "NS/Rehusa" escriba =99/9999, Si no se acuerda del mes, use el código 99 y el año apropiado.*

3  Sí, ahora recibe beneficios de SNAP /Aprobado para recibir beneficios de SNAP /pago pendiente **[Pase a la P. 18]**

4  Tiene una solicitud pendiente/ha solicitado beneficios pero le fueron negados/Tiene pensado aplicar**[Pase a la P. 21]**

9  NS/Rehusa **[Pase a la P. 21]**

## CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

### 16. ¿Por qué [no recibe/dejó de recibir] beneficios de SNAP?

- 1  no necesita beneficios de SNAP [**Pase a la P. 21**]
- 2  elige no participar [**Pase a la P. 21**]
- 3  no es elegible debido a sus ingresos/SSI/cuidado adoptivo temporal (Foster Care)/manutención al niño [**Pase a la P. 21**]
- 4  cortaron sus beneficios/dejó de recibir beneficios de SNAP
- 5  no sabía que era elegible o no conoce el programa [**Pase a la P. 21**]
- 6  Padre/madre adolescente/demasiado joven para ser el jefe de la familia [**Pase a la P. 21**]
- 7  Cambió el número de personas en el hogar (que resultó en un aumento de los ingresos en el hogar/tiene demasiados bienes [**Pase a la P.21**]
- 8  No es elegible por el estado migratorio de la familia/tiene miedo de participar por INS [**Pase a la P.21**]
- 9  Otro \_\_\_\_\_ [**Pase a la P.21**]
- 10  Razones personales/demasiado burocracia /estigma/trato recibido en el la oficina de welfare [**Pase a la P.21**]
- 14  Una razón relacionada a una mudanza [**Pase a la P. 21**]
- 99  NS/Rehusa [**Pase a la P. 21**]

### 17. ¿Por qué le cortaron los beneficios de SNAP?

- 1  aumentaron los ingresos [**Pase a la P.21**]
- 2  dio información incorrecta/perdió la cita para re-certificar [**Pase a la P.21**]
- 3  Fue cortado por una razón relacionada a migración [**Pase a la P. 21**]
- 4  Otro \_\_\_\_\_ [**Pase a la P. 21**]
- 9  NS/Rehusa [**Pase a la P. 21**]

### 18. ¿En este momento, cuál es el valor en dolares de los beneficios de SNAP que recibe mensualmente?

*[INDIQUE: ¿Esta cantidad es mensual?]*    \$ \_\_\_\_ . \_\_\_\_    Sí "NS/Rehusa" escriba =999.99

### 19. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha aumentado o bajado el valor de su beneficio de beneficios de SNAP?

- 1  Aumentó    2  Disminuyó    3  No cambió [**Pase a la P. 21**]    9  NS/Rehusa [**Pase a la P. 21**]

### 20. ¿Por qué cambió la cantidad de dinero de los beneficios de SNAP?

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> cambio de ingresos del hogar/cambio del pago de Welfare</li> <li>2 <input type="checkbox"/> se mudó/cambió la renta/vive en un refugio</li> <li>3 <input type="checkbox"/> nuevo bebé/el número de personas en su vivienda cambió</li> <li>4 <input type="checkbox"/> dio información incorrecta/perdió la fecha límite</li> <li>5 <input type="checkbox"/> le cortaron el beneficio de welfare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>6 <input type="checkbox"/> aumento del costo de vida/ bajaron fondos estatales</li> <li>7 <input type="checkbox"/> Cambió el aporte financiero del padre/SSI/Foster care</li> <li>8 <input type="checkbox"/> Otro _____</li> <li>9 <input type="checkbox"/> estado migratorio de algún miembro del hogar</li> <li>10 <input type="checkbox"/> problemas administrativos o de computadores</li> <li>99 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa</li> </ul> |
|--|--|

### 21. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez ha recibido alimentos de algún programa de comida gratuita para su familia? ¿Cuántas veces ha recibido este tipo de ayuda?

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Nunca                | 3 <input type="checkbox"/> Algunos meses pero no todos |                                      |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi todos los meses | 4 <input type="checkbox"/> Solamente 1 o 2 meses       | 9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa |

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

22. ¿Recibe WIC para [este niño(a)]?

- 1  Sí [Pase a la P.23a]      2  No      3  Antes recibía WIC      9  NS/Rehusa [Pase a la P.23a]

23. ¿Cuál es la razón principal por la que no recibe WIC para este niño?

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> no quiere WIC/ no utiliza la comida de WIC/mucho trámite                    | 7 <input type="checkbox"/> horas de WIC/faltó una cita                              |
| 2 <input type="checkbox"/> no necesita WIC/no es elegible por razones de ingresos                      | 8 <input type="checkbox"/> WIC no provee formula especial/dieta especial            |
| 3 <input type="checkbox"/> solicitud pendiente de WIC/tiene planificado solicitar/necesita recertifica | 9 <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| 4 <input type="checkbox"/> no tiene transporte   | 18 <input type="checkbox"/> No sabía que podía recibir WIC por su estado Migratorio |
| 5 <input type="checkbox"/> cambio de dirección/se mudó   | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa   |
| 6 <input type="checkbox"/> no tiene dirección/vive en un refugio                                       |   |

[SI NO RECIBE WIC AHORA, PASE A LA P. 23b]

23a. ¿Ha recibido WIC para este niño(a) continuamente (sin interrupción) desde su nacimiento?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

23b. ¿[Usted/la mamá del/la niño(a)] alguna vez recibió WIC durante el embarazo de este niño(a)?

- 1  Sí      2  No      9  NS/Rehusa

24. (No respuesta)

**Las últimas preguntas son acerca del cuidado del niño(a) durante una semana típica.**

25. ¿Quién cuida del niño(a) regularmente? Por regular se entiende por lo menos UNA VEZ A LA SEMANA DE CADA SEMANA durante el MES PASADO. [Si más de un arreglo se uso de manera regular, pregunte que arreglo fue usado la mayoría de las veces]

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> jardín infantil o centro infantil licenciado                                 | 6 <input type="checkbox"/> El programa 'Head Start'  |
| 2 <input type="checkbox"/> proveedora familiar licenciada (que cuida a 2 o más niños fuera de su hogar) | 7 <input type="checkbox"/> La persona encargada del cuidado del/la niño/a lleva al niño al trabajo o la escuela con ella [PASE A LA P. 31] |
| 3 <input type="checkbox"/> pariente que vive en su misma casa   | 8 <input type="checkbox"/> La persona encargada del cuidado del niño(a) es una madre que se queda en casa(ama de casa) [PASE A LA P. 31]   |
| 4 <input type="checkbox"/> pariente que vive en otra casa   | 9 <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| 5 <input type="checkbox"/> un amigo/vecino/una niñera que no es pariente                                | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa  |

26. ¿Cuántos horas a la semana está [este niño(a)] [bajo el cuidado de otra persona/en la guardería] cuando usted está trabajando o estudiando? \_\_\_\_\_ horas      Sí "NS/Rehusa" escriba =99

27. ¿Quien provee las comidas para [este niño(a)] cuando está [bajo el cuidado de otra persona/en la guardería]? ¿Usted o [el cuidado de otra persona/la guardería]?

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> padre/persona responsable | 3 <input type="checkbox"/> ambos (padre/persona responsable y guardería) | 9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa |
| 2 <input type="checkbox"/> guardería                 | 4 <input type="checkbox"/> no recibe comida                              |                                      |

28. ¿Cuánto paga a la semana por [el cuidado del niño/a / la guardería]?

\$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

[INDIQUE: ¿Es ésta la cantidad semanal?...y por este niño/a solamente?]

Sí "NS/Rehusa" escriba =999.99

29. ¿Recibe ayuda para pagar por [el cuidado del niño(a) / la guardería]? Es decir si recibe ayuda de una agencia gubernamental, su empleador, un pariente o amigo, si tiene un vale o paga de acuerdo a sus ingresos.

- 1  Sí      2  No [PASE A LA P. 31]      9  NS/Rehusa [PASE A LA P. 31]

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**30. ¿Quién o qué agencia le ayuda a pagar por [el cuidado del niño(a) / la guardería]?**

*[Entrevistador: Si el entrevistado indica más de una respuesta, pídale nombrar la agencia o persona que ha contribuido más.]*

- 1  Gobierno (federal, estatal, agencia local,  
o la oficina de welfare) [Pase a la P. 32]
- 2  Empleador
- 3  el padre/la madre [Entrevistador: La persona que **no** está siendo entrevistada.]
- 4  Pariente
- 5  Amigo
- 6  Otro \_\_\_\_\_
- 9  NS/Rehusa

**31. ¿Está en lista de espera para...**

- 1  la guardería
- 2  un vale (voucher)
- 3  ambos, guardería y vale
- 4  No está en ninguna lista de espera
- 9  NS/Rehusa

**32. ¿Sus problemas para conseguir cuidado para su niño(a) no le dejan trabajar o incrementar sus horas de trabajo?**

- 1  Sí
- 2  No
- 9  NS/Rehusa

**SECCION K: (DCC: S8)**

**INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS**

Ya casi acabamos. Muchas gracias por su tiempo y participación. La siguiente sección es sobre recursos y asistencia que le podemos ofrecer. Leeré una lista de recursos que frecuentemente les interesan a las familias. Mientras leo la lista siéntase cómodo(a) en indicar que quisiera recibir información sobre cualquiera de los recursos.

**1. ¿Desea usted información sobre programas o servicios en la comunidad, como.....? [Lea la lista abajo y marque los recursos deseados.]**

<b>a.</b>	<b>Lista de recursos en su comunidad</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>b.</b>	<b>Guarderías e información para familias sin servicios ó con mucha necesidad</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>c.</b>	<b>WIC</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>d.</b>	<b>Información sobre programas que ofrecen ayuda para pagar las utilidades</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>e.</b>	<b>Recursos para víctimas de violencia doméstica</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>f.</b>	<b>SNAP – el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>g.</b>	<b>Seguro Médico</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>h.</b>	<b>Vivienda Pública</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>i.</b>	<b>Información sobre refugios para los que no tienen hogar/refugios para mujeres</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>j.</b>	<b>Programas de comida caliente/Programas de alimentos de emergencia</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>k.</b>	<b>Información sobre el empleo/programas de entrenamiento</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>l.</b>	<b>Información sobre depresión o servicios para salud mental</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>m.</b>	<b>Servicios de intérpretes</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>n.</b>	<b>Trabajador social/servicios sociales para familias en crisis</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>o.</b>	<b>Servicios legales/ayuda con problemas de vivienda, ayuda financiera para el niño(a), problemas de migración en estado de crisis</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>p.</b>	<b>Información sobre nutrición</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>q.</b>	<b>Servicios del hospital/de la clínica</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>r.</b>	<b>Información sobre el desarrollo del niño/a</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>s.</b>	<b>¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de asistencia?</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No
<b>t.</b>	<b>Otro _____</b>	1 <input type="checkbox"/> Sí	2 <input type="checkbox"/> No

**CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**SECCIÓN L**

**ASISTENCIA (Específica para cada sitio)**

*MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO. Su participación en esta encuesta es una contribución muy importante que nos muestra cuál es la situación económica de padres con hijos jóvenes que usan la sala de emergencia. La información que usted nos ha dado la mantendremos en forma confidencial y será utilizada para abogar por servicios sociales que benefician a los niños y las familias de [nombre de la ciudad o estado]. ¿Tiene alguna pregunta acerca de la entrevista? ¿Desea obtener más información?*

**A. Su historia es muy importante para las personas que tienen el poder de tomar decisiones políticas en el gobierno que afectan a nuestras familias. ¿Estaría usted dispuesto a compartir su historia con un reportero o alguien de la prensa?**

1  Sí                      2  No

**B. ¿Le gustaría usted hablar con nuestro trabajador social? Él brinda ayuda a familias que tienen preguntas o necesitan información. ¿Podría esta persona comunicarse con usted para ayudarle con su situación?**

1  Sí                      2  No

**C. Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono1:** \_\_\_\_\_

**Teléfono2:** \_\_\_\_\_

**D. ¿Cuál sería la mejor hora para que él pueda llamarlo(a) por teléfono?      AM    PM**

**E. ENTREVISTADOR: ¿Qué información o asistencia necesita de la consejera? [Apunte aquí que folletos/volantes le entregó a la familia para mantener informado al trabajador social.]**

**F. ENTREVISTADOR: Por favor escriba sus comentarios, observaciones o la historia de esta familia acá si usted cree que es relevante para el trabajo de políticas públicas de.**

**MRN:** \_\_\_\_\_

**INT. DATE:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INT. INIT:** \_\_\_\_

**INT #** \_\_\_\_\_

**Número de Certificado: #** \_\_\_\_\_

**Iniciales del Entrevistador:** \_\_\_\_

**Firma del padre/pariente del niño:** \_\_\_\_\_