

¿INCOMPLETO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reviewed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Idioma de la Entrevista: [English/Spanish/Somali]	Fecha de la Entrevista: ____/____/____
Número de Entrevista: _____	Iniciales del Entrevistador: _____
Número de Archivo Médico: _____	Deshidratación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> TBD
Peso: _____.____ KG DK=99.99, TBD=66.66	Internado/a en el hospital: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> TBD
Altura: _____.____ CM DK=999.99, TBD=666.66	
<input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Parado	
Sitio: <input type="checkbox"/> Baltimore <input type="checkbox"/> Boston <input type="checkbox"/> Little Rock <input type="checkbox"/> Minneapolis <input type="checkbox"/> 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 de los niños que usan los servicios en [este(a) hospital/clínica]; queremos entender las conexiones entre las políticas públicas, condiciones económicas y la salud y el bienestar de los niños pequeños. Estamos entrevistando a los padres de todos los niños menores o de 48 meses de edad. Mientras está esperando para ser atendido(a) por el personal de Emergencia/la Clínica, ¿tiene usted unos minutos para participar en esta encuesta? *Si la persona rechaza, agradézcale por su tiempo y pase al final de esta página.*

Esta encuesta toma aproximadamente de 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. [Para sitios específicos: También voy a preguntarle si puedo medir la estatura de su niño(a)] Además le pediré permiso para tener acceso al archivo médico de su niño(a). Toda la información en esta encuesta se mantendrá confidencial, no la compartiré con ninguna otra persona que no sea parte de nuestro grupo de investigaciones. Reportaremos los resultados del estudio solamente en un resumen. No distribuiremos ningún resultado que permitiría que alguien pueda identificarle a usted o su niño(a). Usted puede parar la encuesta en cualquier momento y no tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera. 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.*

- ¿Es una niña o niño? Niño Niña
 ¿Nombre del niño(a)? _____
- ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [este niño(a)]? ____/____/____
- ¿Cuál es su relación con [este niño(a)]?
 Madre (biológica) Padre (biológico) Otro _____
 Madre adoptiva/padre adoptivo Madre adoptiva
 Abuela/abuelo temporal/padre adoptivo temporal
 Tía/tío Otro pariente (incluyendo padrinos)
- 3a. ENTREVISTADOR: Elija una. Género de la persona responsable del niño(a) Femenino Masculino
 Sí No
- ¿Es usted la persona responsable del cuidado de [este niño(a)]? NO ES ELEGIBLE SI 'NO'
 [INDIQUE: ¿Tiene usted la custodia legal de [este niño(a)] o es usted responsable del bienestar del niño(a)]

5. ¿Vive usted en la misma vivienda en donde vive [este niño(a)]? a b NO ES ELEGIBLE SI 'NO'
6. ¿Vive usted en este estado? a b NO ES ELEGIBLE SI 'NO'

PREGUNTAS 7-9 SERÁN CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR

7. Razón por inelegibilidad, si es aplicable. [Si alguna de las respuestas abajo están marcadas (P.7: 1-6), *pase a la P.9.*].

- a Idioma diferente al del entrevistador: _____ c No tiene conocimiento del hogar.
- b Fue entrevistado hace menos de 6 meses d La familia vive en otro estado
- e Otro _____ f No es la persona responsable del niño(a)

[Si cualquiera de estas respuestas (P7:1-6) están tiqueadas pase a la P9].

8. ¿El padre/la madre aceptó ser entrevistado(a)? a Sí b No **TERMINE LA ENTREVISTA SI ES 'NO'**

9. ¿Tipo de visita?

- a Problema agudo/sin cita/"walk-in" c Sala de Emergencia
- b Chequeo/con cita/consulta de niño sano d Otro _____

SECCIÓN B:(DCC: S15) PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO (PEDS) – niños de 4 meses -48 meses

ENTREVISTADOR: Pase a la Pregunta 11 si [este niño(a)] tiene menos de 4 meses.

Las primeras preguntas son acerca de las preocupaciones específicas que pueda o no pueda tener sobre el aprendizaje o el comportamiento del niño(a).

1. Por favor indique cualquier preocupación sobre el aprendizaje, desarrollo, y comportamiento de su hijo(a).

Preocupaciones: _____

- a Sí, la persona responsable enumera sus preocupaciones. b No, la persona responsable no enumera sus preocupaciones.
- xx NS/Rehusa zz TBD

[ENTREVISTADOR: Tipea notas en las Notas de la Sección para señalar las preocupaciones específicas.]

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

- a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

- a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

- a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

- a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

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

a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

9. ¿Le preocupa como su [hijo(a)] está aprendiendo sus habilidades escolares o pre-escolares?

a Sí b No c Un poco xx NS/Rehusa zz TBD

10. Por favor indique cualquier otra preocupación.

Preocupaciones: _____

- a Sí, la persona responsable enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.
b No, la persona responsable no enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.
c La persona responsable enumera preocupaciones solamente sobre la salud aguda, no sobre el desarrollo.
xx NS/Rehusa
zz TBD

11. ¿Ha sido su hijo(a) inscrito alguna vez en un programa de Intervención Temprana (Early Intervention o 'EI') u otro programa de intervención como de lenguaje, habilidades de motivación, o comportamiento? Usted puede elegir más de una respuesta.

- a Actualmente en EI/Actualmente en otro programa de intervención **[Pase a la Sección C]**
c En el pasado estuvo en EI /En el pasado estuvo en otro programa de intervención **[Pase a la Sección C]**
b No xx NS/Rehusa zz TBD

11a. ¿Le gustaría recibir información sobre opciones para programas de intervención de desarrollo en esta zona? [INDIQUE: Los Programas de Intervención Temprana que trabajan con niños infantiles y niños pequeños que tienen atrasos en su desarrollo o están en peligro de tener tal atraso. Otros programas les dan servicio a niños pequeños que tienen un desarrollo atrasado o están a tal riesgo de un atraso, pero que están mas allá de la edad límite para estar en el programa de Intervención Temprana.]

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

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 – 35 meses: Respuestas 1, 2, 3 y 10
Edades 36 - 48 meses: Respuestas 1, 2, 3, 5 y 10

SECCION C: (DCC: S2) DATOS DEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas son acerca de las personas que cuidan al niño(a). [Entrevistador: Si las palabras "madre biológica" aparecen entre paréntesis significa que estamos interesados solamente en la información sobre la madre biológica.]

1a. ¿En qué año nació [usted/la madre biológica de este niño(a)]? _____
Año

Sí "NS/Rehusa" escriba =xxxx; TBD =zzzz
Pase a la P. 2 si habla con la madre biológica.

1b. ¿En qué año nació usted?

[para todas las personas responsables que no sean la madre biológica del niño(a)]
 Sí "NS/Rehusa" escriba =xxxx; TBD = zzzz

____ _
 Año

2. ¿Cuál es el código postal del lugar donde usted vive?

____ _
 Sí "NS/Rehusa" escriba =xxxxx; TBD = zzzzz

3. ¿Dónde nació [el niño(a)]?

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| a <input type="checkbox"/> USA | d <input type="checkbox"/> Rep. Dom | g <input type="checkbox"/> Haití | j <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| b <input type="checkbox"/> Puerto Rico | e <input type="checkbox"/> El Salvador | h <input type="checkbox"/> México | n <input type="checkbox"/> Jamaica |
| c <input type="checkbox"/> Cabo Verde | f <input type="checkbox"/> Guatemala | i <input type="checkbox"/> Somalia | xx <input type="checkbox"/> NS/rehusa |
| k <input type="checkbox"/> Estadounidense nacido en otro país | l <input type="checkbox"/> Ecuador | m <input type="checkbox"/> Honduras | zz <input type="checkbox"/> TBD |
| o <input type="checkbox"/> Nigeria | p <input type="checkbox"/> Trinidad | q <input type="checkbox"/> Vietnam | |

4. ¿Dónde nació [usted/la madre biológica]?

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| a <input type="checkbox"/> USA | d <input type="checkbox"/> Rep. Dom | g <input type="checkbox"/> Haití | j <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| b <input type="checkbox"/> Puerto Rico | e <input type="checkbox"/> El Salvador | h <input type="checkbox"/> México | n <input type="checkbox"/> Jamaica |
| c <input type="checkbox"/> Cabo Verde | f <input type="checkbox"/> Guatemala | i <input type="checkbox"/> Somalia | xx <input type="checkbox"/> NS/rehusa |
| k <input type="checkbox"/> Estadounidense nacido en otro país | l <input type="checkbox"/> Ecuador | m <input type="checkbox"/> Honduras | zz <input type="checkbox"/> TBD |
| o <input type="checkbox"/> Nigeria | p <input type="checkbox"/> Trinidad | q <input type="checkbox"/> Vietnam | |

5. ¿En qué año llegó [usted/la madre biológica] a los Estados Unidos? ____ _ Año

Sí "NS/Rehusa" escriba =xxxx; TBD = zzzz

6a. ¿[Usted/la madre biológica] se considera de origen hispana, latina o española? [INDIQUE: ¿Tiene [usted/ la madre biológica] orígenes en la República Dominicana, Puerto Rico, México, Centro o Sur América o España?]

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

6b. ¿Cuál de las siguientes describe mejor su raza? Puede escoger más de una.

	Sí	No	NS/Rehusa	TBD
a. Asiática	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
b. Negra o afroamericana o afrocaribeña	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
c. Somalí	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
d. Blanca o Caucásica	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
e. Otra _____	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
f. Americano nativo o indígena	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
g. Cabo verdeano	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
h. Haitiano	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
i. Jaiquirino o antillano	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

7. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su estado civil?

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- soltero(a) (no viviendo juntos) separado(a), divorciado(a), viudo(a) NS/Rehusa
 casado(a) viviendo juntos TBD

8. ¿Cuál de los siguientes grupos describe mejor su nivel de educación? [Entrevistador "Algo de estudios técnicos o universitarios" incluye a la persona responsable actualmente inscrita en una educación superior o técnica.]

- Algunos años de la secundaria o menos Diploma universitaria/título
 Secundaria completa o GED Maestría o más
 Algo de estudios técnicos o universitarios NS/Rehusa
 TBD

SECCIÓN D: (DCC: S14) PREGUNTAS SOBRE EL EMPLEO Y CUIDADOS DEL NIÑO(A)

Las siguientes preguntas son sobre [su estado de empleo/ el estado de 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 [usted/la persona responsable de este niño(a)]?**

_____ trabajos [Si no tiene trabajo escriba "0" y **pase a la P. 5.** Si NS/Rehusa = xx; TBD = zz]

2. ¿Cuántas horas trabaja usted durante la semana? _____ horas
 Si trabaja de vez en cuando indique=77, si no está trabajando o está en una licencia de maternidad indique=88,
 Si NS/Rehusa indique=xx; TBD = zz]

OPCIÓN #1: SI TRABAJA LA PERSONA RESPONSABLE

3. ¿Cuál es [su salario por hora /el salario por hora de la persona responsable del niño] en el empleo 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]

Empleado por hora: \$ _____ /hora Código: xxx.xx = NS/Rehusa; zzz.zz = TBD
 Empleado asalariado: \$ _____ /semana xx,xxx.xx = NS/Rehusa; zz,zzz.zz = TBD
 \$ _____ /mes xx,xxx.xx = NS/Rehusa; zz,zzz.zz = TBD
 \$ _____ /año xxx,xxx.xx = NS/Rehusa; zzz,zzz.zz = TBD

4. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, [usted/la persona responsable del niño(a)] ha cambiado las horas de cualquier trabajo? [Entrevistador: Pregunte sobre el trabajo donde trabajó más horas semanalmente o si más de un cambio ha ocurrido en el último año, pida el cambio de horas más reciente.]

- Disminuyeron [PASE a la P.6] No hubo cambio [PASE a la P.7] NS/Rehusa
 Aumentaron [PASE a la P.7] Dejó de trabajar [PASE a la P.6] TBD [PASE a la P.6]

OPCIÓN #2: SI NO TRABAJA

5. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿ha estado [usted/la persona responsable del niño(a)] empleado(a)?
 Sí No [PASE a la P.7] NS/Rehusa [PASE a la P.7] TBD

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

6. ¿Cual fue la razón principal por la que [usted/la persona responsable del niño(a)] redujó las horas de su trabajo o dejó de trabajar? [Entrevistador: Puede marcar más de una respuesta.]

- | | | |
|--|--|---|
| a <input type="checkbox"/> no estaba satisfecho(a) con el trabajo/
le ofrecieron otro trabajo | h <input type="checkbox"/> embarazo/ licencia de maternidad | o <input type="checkbox"/> otras obligaciones personales |
| b <input type="checkbox"/> redujeron personal | i <input type="checkbox"/> decidió quedarse en casa con los niños | p <input type="checkbox"/> Empleador vendió el negocio |
| c <input type="checkbox"/> el trabajo era temporal | j <input type="checkbox"/> no estaba satisfecho con las horas/pago | q <input type="checkbox"/> other _____ |
| d <input type="checkbox"/> transporte/muy lejos | k <input type="checkbox"/> enfermedades del niño(a)/lesión | r <input type="checkbox"/> incrementos de hora en otro
trabajo |
| e <input type="checkbox"/> fue despedido(a) | l <input type="checkbox"/> enfermedad/lesión de otro pariente | s <input type="checkbox"/> negocio está lento |
| f <input type="checkbox"/> estudio/entrenamiento | m <input type="checkbox"/> su propia enfermedad/una lesión | t <input type="checkbox"/> se mudó/relacionada con la
mudanza |
| g <input type="checkbox"/> problemas con el cuidado
de sus hijos | n <input type="checkbox"/> empleador anunció bancarrota | u <input type="checkbox"/> razones relacionadas con la
inmigración |
| xx <input type="checkbox"/> NS/Rehusa | zz <input type="checkbox"/> TBD | |

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

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

8. ¿INCLUYÉNDOSE [usted/la persona responsable del niño(a)], ¿cuántas personas en su vivienda de la edad de 15 años o mayores están empleados? Con 'en su vivienda' quiero decir todas las personas que tienen la misma dirección de [este niño(a)]. [Entrevistador: si viven en un refugio, sólo incluya a esta familia]

[INDIQUE: No se olvide de incluirse usted.] _____ # personas Si NS/Rehusa código = xx; TBD = zz

9. Ahora me gustaría preguntarle sobre el dinero que entra en su vivienda, incluyendo el dinero de trabajos, pensiones, seguros de desempleos, beneficios financieros de programas de asistencia, pensión alimenticia y dinero para manutención al niño(a). No incluya dinero de beneficios como SNAP (cupones de comida). Por favor deténgame cuando llegue a su ingreso financiero de su casa del mes pasado. ¿Fue...

- a menos de \$1000
b \$1000 - \$1999
c \$2,000 – 2,9999
d \$3000 – 3,9999
e \$4,000 – or more
xx NS/REHUSA
zz TBD

Las siguientes preguntas son sobre quien cuida [su/el niño(a)] durante una semana típica:

10. Por favor díganos quien cuida a [su/el niño(a)] regularmente mientras usted trabaja o está en la escuela. De manera regular quiero decir por lo menos UNA VEZ A LA SEMANA CADA SEMANA durante el PASADO MES.

[Entrevistador: Si más de un arreglo se ha usado de una manera regular, pregunte cual arreglo se ha usado más seguido.]

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- | | |
|--|--|
| <p>a <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil o centro de guardería con licencia</p> <p>b <input type="checkbox"/> Proveedor de guardería familiar con licencia (cuida 2 o más niños fuera de la casa de la persona responsable)</p> <p>c <input type="checkbox"/> Un familiar que vive en su misma casa</p> <p>d <input type="checkbox"/> Un familiar que vive en otra casa</p> <p>e <input type="checkbox"/> Persona no relacionada como un amigo, vecino, niñera, etc</p> <p>xx <input type="checkbox"/> NS/rehusa</p> | <p>f <input type="checkbox"/> el programa Head Start</p> <p>g <input type="checkbox"/> La persona responsable lleva el niño(a) al trabajo o a la escuela [pase a la P13]</p> <p>h <input type="checkbox"/> La persona responsable cuida del niño(a) en casa/ la madre/el padre permanece en casa al cuidado del niño(a) [pase a la P13]</p> <p>i <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>j <input type="checkbox"/> Programa de Intervencion Temprana</p> <p>k <input type="checkbox"/> Cuidados de enfermería</p> <p>zz <input type="checkbox"/> TBD</p> |
|--|--|

11. ¿Cuántas horas a la semana pasa el niño(a) en el cuidado de alguien más mientras [usted/la persona responsable del niño(a)] está trabajando o en la escuela? _____ horas CÓDIGO 99 = "NS/Rehusa" 66 = TBD

12. ¿Quién provee los alimentos para [su/el] niño(a) cuando [él/ella] está en arreglos para su cuidado?

- | | |
|---|--|
| <p>a <input type="checkbox"/> Padres/La persona responsable</p> <p>b <input type="checkbox"/> Guardería infantil</p> <p>xx <input type="checkbox"/> NS/rehusa</p> | <p>c <input type="checkbox"/> Ambos padres y la guardería del niño(a) proveen los alimentos</p> <p>d <input type="checkbox"/> No se proveen alimentos</p> <p>zz <input type="checkbox"/> TBD</p> |
|---|--|

13. ¿[Usted/la persona responsable del niño(a)] tiene problemas para obtener cuidados para el niño(a), los cuales... [INDIQUE: Puede elegir más de una respuesta]

- a ¿no le permiten trabajar/trabajar más horas (horas adicionales)?
- c ¿no le permiten asistir a clases?
- d Otra _____
- b No
- xx NS/rehusa
- zz TBD

14. [Omita esta pregunta para personas responsables que se quedan en casa o llevan el/la niño(a) al trabajo] ¿Le ayuda alguien a pagar por los gastos de los arreglos del cuidado para [su/el] niño(a)? 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 (tarifa ajustable).

- a Si b No [pase a la P16] xx NS/rehusa [pase a la P16] zz TBD

15. ¿Cuál de las siguientes opciones le ayuda a pagar por los cuidados del niño(a) o la escuela preescolar? [Entrevistador: Si hay más de una respuesta, pregunte por la que da la contribución más significativa]

- a Gobierno/Tarifas ajustables (agencia federal, estatal o del gobierno local, o asistencia pública (welfare)) **[Pase a la P18]**
- b El padre (madre) [del niño(a)] que no está siendo entrevistada
- d Otro familiar o amigo

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- ^c Empleado
- ^e Otro _____
- ^{xx} NS/rehusa
- ^{zz} TBD

16. ¿Está [usted/la persona responsable del niño(a)] actualmente en la lista de espera para el subsidio?

- ^a Si
- ^b No [pase a la P17]
- ^{zz} TBD
- ^{xx} NS/rehusa [pase a la P17]

16a. (Subsidio solamente) ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado usted en la lista de espera para el subsidio del cuidado del niño(a)? __ __ meses [Entrevistador: convierta años en meses] [Pase a la P18]

- ^{zz} TBD
- ^{xx} NS/rehusa

17. ¿Por qué no recibe subvención para el cuidado de su niño(a)? (para las personas que no están en la lista de espera para subsidios)

- ^a La lista de espera está cerrada
- ^b No pudo pagar los co-pagos
- ^c No elegible por sus ingresos
- ^d No está trabajando/en entrenamiento/programa de educación
- ^e Las horas de la guardería no coinciden con el horario de la persona responsable/las horas de turnos son inconsistentes.
- ^f Molestia/agobio administrativo
- ^g Se terminó la financiación/recorte presupuestario del estado
- ^h No puede pagar transportación o no hay guarderías cerca de la casa
- ⁱ La guardería preferida no esta certificada para aceptar subsidios (por ejemplo, un familiar, amigos)
- ^j No sabía sobre el programa [pase a la Sección E]
- ^k No lo quiere
- ^l Otro _____
- ^{xx} NS/rehusa
- ^{zz} TBD

18. ¿Durante los últimos dos años le han quitado el subsidio para la guardería?

- ^a Si
- ^b No [pase a la Sección E]
- ^{xx} NS/rehusa [pase a la Sección E]
- ^{zz} TBD [pase a la Sección E]

18a ¿Por qué le quitaron el subsidio para la guardería?

- ^a Dejó de recibir beneficios de welfare y se terminó el período de prioridad de estado.
- ^b Aumento de ingresos
- ^c Perdió el empleo
- ^d Verano – no hay escuela
- ^e Se terminó la financiación/recortes presupuestarios en el estado
- ^f Necesita re-aplicar/perdió el plazo para la re-certificación

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- g Reportó la información incorrecta
h No puede pagar los co-pagos
i Otro _____
xx NS/rehusa
zz TBD

SECCIÓN E: (DCC: S3) HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO(A) Y COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

Las siguientes preguntas son sobre el historial de salud de este niño(a):

1. ¿Cuánto pesó [el niño(a)] al nacer? _____ libras _____ onzas Sí "NS/Rehusa" = xxlbs xxozs TBD=zzlbs zz ozs

2. ¿A cuántas semanas de embarazo nació [el niño(a)]? _____ semanas Sí "NS/Rehusa" escriba = xx
TBD=zz

[INDIQUE: ¿Qué tan cerca estuvo de la fecha programada de nacimiento?] [Embarazo a término=40 semanas]

3. ¿Fue este bebé alguna vez amamantado o alimentado con leche materna?

- a Sí c Todavía está recibiendo leche materna **Pase a P. 4a]**
b No [Pase a la P. 4a] xx NS/Rehusa [Pase a P. 4a]
zz TBD

4. ¿Por cuánto tiempo usted alimentó a su bebé con leche materna? _____ meses
CÓDIGO: 77= "Todavía está amamantando, 88=<1 mes, xx= NS/Rehusa, zz = TBD

4a. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando recibió por primera vez:

fórmula? _____ meses
cualquier otro alimento/bebida _____ meses

[INDIQUE: Por ejemplo, la primera vez que le dio agua, jugo o cereal.]

CÓDIGO: 77=No todavía (recibe exclusivamente leche materna), 88=<1 mes, xx=NS/Rehusa, zz = TBD

5. ¿En general, diría que la salud del niño(a) es...:

- a Excelente c Regular xx NS/Rehusa
b Buena d Mala zz TBD

6. ¿Cuántas veces [el niño(a)] ha estado internado(a) en el hospital, sin incluir su nacimiento? _____ #veces

[Entrevistador: "Internado" significa ingresar al hospital o quedarse por observación en el día de la entrevista después de estar en la sala de emergencia o clínica. Debe ser una extensión de la visita original a la sala de emergencia. No incluya la hospitalización después de nacer para los niños nacidos prematuros]

Sí "NS/Rehusa" escriba=xx, TBD = zz

[Pase la P.13 si el niño(a) tiene <4 meses]

7. En general, ¿como describiría la salud dental y de la boca de su niño(a)?

- a Excelente c Regular xx NS/Rehusa
b Buena d Mala zz TBD

8. ¿Cepilla usted los dientes de su niño(a) o le ayuda hacerlo él mismo(a)?

- a Sí b No [Pase a la P.9] c Mi hijo(a) cepilla sus dientes solo
xx NS/Rehusa zz TBD

8a. ¿Cuántos años tenía su hijo(a) cuando usted comenzó a cepillarle los dientes?

- a antes de la edad de 1 b 1-< 2 años de edad c 2-< 3 años de edad
d 3- < 4 años de edad xx NS/rehusa zz TBD

8b. ¿Con qué frecuencia usted cepilla los dientes de su hijo(a) o le ayuda a cepillarse los dientes?

- a Menos de una vez al día b Una vez al día c Más de una vez al día
xx NS/rehusa zz TBD

9. ¿Ha ido [nombre del niño(a)] alguna vez al dentista o ha sido visto por un proveedor de la salud dental?

- a Sí [pase a la P.10] b No [Pase a la P.11] xx NS/Rehusa [pase a la P.11]
zz TBD

10. ¿Ha tenido [nombre del niño(a)] alguna vez un procedimiento dental o tenido alguna extracción dental bajo anestesia?

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

11. Por muchas razones las personas a veces tienen dificultades obteniendo cuidado dental cuando lo necesitan. ¿Ha habido un momento cuando [nombre del niño(a)] ha necesitado atención dental pero se retrasó o no la recibió?

- a Sí b No [Pase a la P.13] xx NS/Rehusa [pase a la P.13]
zz TBD

12. La última vez que su hijo no pudo recibir el cuidado dental que él/ella necesitaba, ¿cuál fue la razón principal que él/ella no pudo obtener el cuidado?

- a No tenía seguro
b Problemas con la aceptación del seguro dental o cobertura del seguro
c No pudo hacer la cita porque el dentista/la clínica no acepta pacientes de la edad de mi hijo(a)
d Problemas haciendo la cita – tiempo de espera en la clínica es muy largo/la horas de oficina no son convenientes
e No hay dentista en mi área o no sabía adonde ir
f No había manera de llegar allí/problemas con el transporte
g No pudo pagar el co-pago
h Habla un idioma diferente.
i Tenía compromisos con el trabajo o la familia.
j Los problemas no son lo suficiente serios
k No le gustan/tiene confianza/ cree en los dentistas

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- Otro _____
xx NS/rehusa
zz TBD

La siguiente sección le preguntará sobre su hijo(a) y el seguro médico de su familia y la cobertura de recetas médicas. Primeramente voy a preguntarle sobre su hijo(a).

13. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado cambió usted en algún momento el lugar donde usualmente lleva a su hijo(a) para su cuidado médico?

- a Sí [pase a la P13a] b No [Pase a la P.14] xx NS/Rehusa [pase a la P.14]
zz TBD

13a. ¿Fue este cambio por una razón relacionada con el seguro médico?

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

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

- a Medicaid/SCHIP/Plan del Estado
[Entrevistador: Use el nombre específico del
seguro médico de su estado]
b Otro seguro público /Atención gratis
c Sin seguro médico/Paga de su bolsillo
d Seguro privado (de su trabajo o lo compra directamente)
e Otro _____
f Tricare/seguro militar
xx NS/Rehusa
zz TBD

15. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cobertura del seguro médico del niño(a) desde [nombre del mes actual] del año pasado...

- a Pérdida del seguro médico [Pase a la P.16a] e Tiene seguro médico que no tenía antes [Pase a la P.16a]
b Cambio de seguro, pero sin pérdida
del seguro [Pase a la P.17] f Todavía no ha solicitado seguro médico/está pendiente
(bebé está recién nacido)
c Ningún cambio al seguro
médico [Pase a la P.17] g No tuvo cobertura el año pasado [Pase a la P.17]
d Otro _____ h Perdió su seguro médico pero lo recobró [Pase a la P.16a]
xx NS/Rehusa zz TBD

16. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿hubo algún momento en que su niño(a)[NOMBRE DEL NIÑO] no ha tenido seguro médico?

- a Sí [Pase a la P.16a] b No [Pase a la P.17] zz NS/Rehusa [Pase a la P.17]
xx TBD

16a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual su niño(a) no ha tenido seguro médico?, ¿Fue porque:

- a Usted no podía pagar los pagos del seguro? [Los pagos del seguro son la cantidad de dinero que usted paga mensualmente.]

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- b Usted no podía presentar el acta de nacimiento u otros documentos requeridos para recibir el seguro médico?
- c [sólo para los responsables que nacieron fuera de los Estados Unidos] ¿usted estaba preocupado(a) por su estado migratorio?
- d Encontró el proceso de inscribirse intimidante o muy confuso?
- e Usted ha tenido malas experiencias con esto o con otras oficinas del gobierno?.
- f No sabía como/no tenía conocimiento del procedimiento
- g Otro _____
- h Bebé recién nacido(a)
- i Pendiente
- j Inelegible
- k Le cortaron el seguro
- xx NS/Rehusa
- zz TBD

Ahora piense en el periodo de tiempo desde [nombre del mes actual] del año pasado y todos los costos de seguro médico y de cuidados de la salud de su hijo(a).

17. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿ha habido algún cambio en lo que a [usted /la persona responsable del niño(a)] se le requiere pagar por...

a. ¿El seguro del niño(a), ya sea con los pagos o co-pagos?

- a Sí
- b No [Pase a la P.18]
- xx NS/Rehusa [Pase a la P.18]
- zz TBD

b. ¿Fue:

- a un incremento en el costo?
- b una disminución en el costo?
- c otro? _____
- xx NS/Rehusa
- zz TBD

18. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿ha habido algún cambio en lo que a [usted /la persona responsable del niño(a)] se le requiere pagar por...

a. ¿Las recetas médicas del niño(a)?

- a Sí
- b No [Pase a la P.19]
- xx NS/Rehusa [Pase a la P.19]
- zz TBD

b. ¿Fue:

- a un incremento en co-pagos por el medicamento?
- b una disminución en co-pagos por el medicamento?
- c otro? _____
- xx NS/Rehusa

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

zz TBD

19. ¿Hubo algún momento en que su niño(a)/[nombre del niño(a)] necesitó una receta médica o cuidado médico, pero no pudo obtenerlo porque [usted/su familia] no pudo pagarlo?

a Sí b No [Pase a la P.20] xx NS/Rehusa [Pase a la P.20] zz TBD

19a. En caso afirmativo, especifique:

a Receta Médica
b Cuidado médico
c Ambos
xx NS/Rehusa
zz TBD

Ahora le voy hacer preguntas sobre el seguro médico de su VIVIENDA y las coberturas de sus recetas médicas desde [nombre del mes actual] del año pasado.

20. ¿Ha habido algún momento en que usted u otro miembro de su vivienda aparte de [nombre del niño(a)] necesitó una receta para medicina o cuidado médico, pero no pudieron obtenerlo porque [usted/la familia] no pudo pagarlo?

a Sí b No a ambos [Pase a la P.21] xx NS/Rehusa [Pase a la P.21] zz TBD

20a. En caso afirmativo, especifique:

a Receta médica
b Cuidado médico
c Ambos
xx NS/Rehusa
zz TBD

[Entrevistador:

pregunte 20b si el participante contesta sí en medicinas con receta solamente en 20a

pregunte 20c si el participante contesta sí en cuidado médico solamente en 20a

pregunte 20b y 20c si el participante contesta sí en ambos en 20a]

20b. De los miembros de su vivienda ¿quién fue el que no pudo obtener recetas médicas?

Si es NS/Rehusa CÓDIGO =xx, si TBD CÓDIGO =zz

¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? _____

¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? _____

¿Fue usted una de esas personas? a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

20c. De los miembros de su vivienda ¿quién fue el que no pudo obtener cuidado médico?

Si es NS/Rehusa CÓDIGO =xx, si TBD CÓDIGO =zz

¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? _____

¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? _____

¿Fue usted una de esas personas? a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

21. ¿El costo del cuidado médico o recetas para cualquier miembro de su vivienda alguna vez le ha impedido de poder pagar: [Entrevistador: Marque todas las respuestas aplicables. Si la respuesta a una de los artículos es no, deje la caja sin marcar.]

- a Por su renta/hipoteca? d Por gastos relacionados con el auto (seguros, préstamos, gasolina, reparaciones)?
- b Por las cuentas de utilidades (no teléfono)? c Por comida?
- g Por guardería? h Por cuentas de teléfono?
- i Por otras cuentas médicas? zz TBD
- e Otros _____
- f Ninguno de estos
- xx NS/Rehusa

22. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado hubo algún momento cuando usted u otro miembro de su vivienda aparte de [nombre del niño(a)] necesitó cuidado dental, pero no pudieron obtenerlo porque [usted/la familia] no pudieron pagarlo?

- a Sí [pase a la P.22a] b No a ambos [Pase a la siguiente sección] xx NS/Rehusa [Pase a la siguiente sección] zz TBD

22a. De los miembros de su vivienda ¿quién fue el que no pudo obtener cuidado dental?

Si es NS/Rehusa CÓDIGO =xx, if TBD CÓDIGO =zz.

¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? _____

¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? _____

¿Fue usted una de esas personas? a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

SECCIÓN F(1): (DCC: S10) PREGUNTAS SOBRE LA SALUD MATERNA (MUJER RESPONSABLE)

[Entrevistador: Pase a la pregunta 10 si no está entrevistando a la madre/mujer responsable del cuidado [del niño(a)]. Las preguntas 1-9 deben ser preguntadas solamente a la madre u otra mujer responsable del cuidado del niño(a).]

Las siguientes preguntas son sobre su salud.

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

- a Excelente c Regular
- b Buena d Mala
- xx NS/Rehusa zz TBD

2. En general, ¿cómo describiría la condición de sus dientes y encías? Usted diría...

- a Excelente c Regular

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

Buena
 NS/Rehusa

Mala
 TBD

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

a Sí b No [Pase a la P. 4] xx NS/Rehusa [Pase a la P. 4] zz TBD

3b. ¿Cuántas veces en la última semana diría que la siguiente declaración ha sido verdadera para usted? Me he sentido deprimida.

a 0 días c 3-4 días xx NS/Rehusa
b 1-2 días d 5-7 días zz TBD

4. ¿Durante el año pasado, han pasado dos semanas o más durante las cuales se sintió triste, desanimada ó perdió el placer en las cosas que usualmente disfrutaba?

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

5. ¿Ha tenido dos años o más en su vida durante los cuales se sintió triste la mayoría de los días, aún cuando se haya sentido bien algunos días?

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

6. ¿Ha fumado usted cigarrillos en los últimos 5 años?

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

7. ¿Fumaba usted cuando se dio cuenta de que estaba embarazada con este niño(a)?

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

7a. Si es afirmativo → ¿Qué cantidad?

a 10 cigarrillos o menos al día (medio paquete) b más de 10 cigarrillos (más de un medio paquete)
xx NS/Rehusa [Pase a P.8] zz TBD

8. ¿Fumó usted durante los últimos 3 meses de su embarazo?

a Sí b No [Pase a la P.9] xx NS/Rehusa [Pase a la P.9] zz TBD

8a. Si es afirmativo → ¿Qué cantidad?

a 10 cigarrillos o menos en el día (medio paquete o menos) b más de 10 cigarrillos (más de un medio paquete)
xx NS/Rehusa zz TBD

9. En un promedio, ¿cuántos cigarrillos está usted actualmente fumando en un día?

a 10 cigarrillos o menos en el día (medio paquete o menos) b más de 10 cigarrillos (más de un medio paquete)
c Ya no fuma xx NS/Rehusa zz TBD

10. Incluyendose usted ¿cuántas personas fuman cigarrillos en su vivienda? ____ # personas

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

[Entrevistador: Si la respuesta es "no" en la P.6 o "Yo ya no fumo" en la P.9, no diga "Incluyendose usted"]
Si es NS/Rehusa CÓDIGO =xx Si es TBD CÓDIGO zz

SECCIÓN F(2) (DCC: S10) ESTATURA Y PESO DE LOS PADRES

Las siguientes preguntas son sobre la estatura y el peso de [usted/los padres biológicos de niño(a)].

11. ¿Cuánto mide(n) [usted/los padres biológicos del niño(a)]?

11a. La estatura de la madre ___ pies ___ pulgadas/ ___ cm Si NS/Rehusa escriba=x pies xx pulgadas/xxxcm

11b. La estatura del padre ___ pies ___ pulgadas/ ___ cm Si TBD escriba = z pies zz pulgadas/zzz cm

12. ¿Cuánto pesa(n) [usted/los padres biológicos del niño(a)]?

[Entrevistador: Si la madre está embarazada pídale su peso promedio cuando ella no está en estado].

12a. Peso de la madre ___ libras/___ kilos Si "NS/Rehusa" escriba=xx libras/kilos

12b. Peso del padre ___ libras/___ kilos Si TBD escriba = z pies zz pulgadas/zzz cm

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

La siguiente serie de preguntas piden información sobre [este niño(a)/su] familia y su vivienda.

1. ¿Vive [usted/este niño(a)] en.....?

a un apartamento

b una casa/un condominio

c un refugio/vivienda transitoria [Pase a la P.7]

d otro _____ [Pase a la P.4]

e una residencia de tratamiento/vivienda con supervisión [Pase a la P.7]

f una vivienda del gobierno (base militar etc.) [Pase a la P.4]

g una casa móvil/remolque ("mobile home/trailer")

h cuarto/cuarto alquilado [Pase a la P.3]

i auto [Pase a la P.4]

j no tiene un lugar estable para dormir [Pase a la P.7]

k hotel/motel [Pase a la P.4]

xx NS/Rehusa

zz TBD

2. ¿Es [usted/la persona responsable del niño(a)] propietario (a) de su vivienda? [INDIQUE: ¿La hipoteca de la casa está a su nombre? O ¿Podría vender la casa si [usted/él/ella] quisiera?]

a Sí

b No

xx NS/Rehusa

zz TBD

3. ¿Cuánto paga [usted/la persona responsable del niño(a)] mensualmente de su bolsillo de [renta/hipoteca], no incluyendo el monto que pague un subsidio gubernamental de vivienda? [Si la respuesta es, 'lo que pueda pagar,' INDIQUE: ¿Cuánto es el promedio del monto que paga mensualmente?]

\$ _____ Sí NS/Rehusa =xxxx TBD = zzzz

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

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

a Sí
zz TBD

b No

xx NS/Rehusa

5. [Entrevistador: Omita esta pregunta para los dueños de vivienda, la P.2=Sí]. **¿Por dificultades económicas vive [usted/la persona responsable del niño(a)] con otras personas temporalmente aunque sea por poco tiempo?**
[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.]

a Sí
zz TBD

b No

xx NS/Rehusa

6 **¿Cuántos dormitorios/cuartos hay en la casa?**

___ # dormitorios

Si NS/Rehusa = xx, TBD = zz

7 **¿En cuántos lugares ha vivido [este niño(a)] desde el pasado [nombre del mes actual]?** ___ # lugares

Si NS/Rehusa = xx, TBD = zz

8. **La última vez que usted se mudó fue porque... Usted puede elegir más de una respuesta.**

a habían problemas relacionados con el pago de la renta o la hipoteca

b habían problemas relacionados con las condiciones pobres de la vivienda

8a. (Si es afirmativo): **Con respecto a las condiciones de su vivienda, ¿tuvieron problemas con (marque todas las opciones que aplican) ...**

a Utilidades

b Agua/plomería

c Infestaciones

d Moho/hongos

e La propiedad fue condenada y usted fue forzado(a) a salir

f Otros

c el propietario se fue a ejecución hipotecaria [para inquilinos]/[usted/la persona responsable] se fue a la ejecución hipotecaria [para propietarios]

d ha sido usted desalojado/quiere evitar un desalojo

e usted quiere estar cerca del trabajo/escuela/familia

f usted quiere una casa más grande/mejor vecindario

g usted quiere un vecindario más seguro

h había un cambio en su familia (nueva relación, fin de una relación)

i otro _____

xx NS/Rehusa

zz TBD

9. **Incluyéndole a este niño/a, ¿cuántas personas entre 0-17 años de edad viven en la vivienda?** ___ # personas

Si NS/Rehusa = xx, TBD = zz

10. **INCLUYÉNDOSE USTED, ¿cuántas personas 18 años o mayores viven en su vivienda?** ___ # personas

[Entrevistador: si viven en un refugio, sólo incluya a esta familia]
TBD = zz

Si NS/Rehusa = xx,

Las siguientes preguntas son sobre la situación de su vivienda actual.

SI ES PROPIETARIO DE SU VIVIENDA O RESIDE EN UNA BASE MILITAR, PASE A LA P. 16. PASE A LA P. 13 si vive en un REFUGIO o VIVIENDA TRANSITORIA, CENTRO DE TRATAMIENTO u otro

11	¿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?]	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a la P.12	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.12	zz <input type="checkbox"/> TBD
	11a. ¿Está el contrato del [apartamento/vivienda] a su nombre (o al nombre de la persona responsable del niño(a))?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a la P.12	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.12	zz <input type="checkbox"/> TBD
	11b. ¿Puede usted trasladar su subsidio para otra vivienda de su elección? [INDIQUE: ¿Tiene ayuda de "Seccion 8," un certificado o vale?]	a <input type="checkbox"/> Sí Pase a la P.15	b <input type="checkbox"/> No Pase a la P.15	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.15	zz <input type="checkbox"/> TBD
12	¿Ha solicitado vivienda subvencionada u otra clase de vivienda pública?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a la P.15	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.15	zz <input type="checkbox"/> TBD
13	¿Está en una lista de espera para Sección 8 u otra clase de vivienda que ofrece asistencia económica?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a la P.14	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.14	zz <input type="checkbox"/> TBD
	13a. ¿Aproximadamente cuánto tiempo ha estado en una lista de espera para asistencia de vivienda? [Entrevistador: Convierta los años a meses.] Si TBD=666	_____ # meses	Pase a la P.15	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Pase a la P.15	zz <input type="checkbox"/> TBD
14	¿Ha tratado de entrar en una lista de espera pero no pudo?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h	zz <input type="checkbox"/> TBD
15	¿Durante los pasados 2 años, ha tenido usted un certificado de vivienda que fue cancelado?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h	zz <input type="checkbox"/> TBD
16	Un desalojo es cuando el propietario o gobierno o un oficial del banco le obliga a mudarse aunque usted no quiere. ¿En los últimos cinco años ha sido desalojado usted alguna vez? [Indique: Un propietario o oficial puede obligarle a mudarse porque usted no pagó su renta, porque dañó la propiedad, o por otras razones. Algunas veces usted recibe una nota o una nota es pegada en su puerta diciendo que usted tiene que mudarse. A veces usted va a la corte; otras no. En cualquier caso, un desalojo pasa cuando un oficial del banco o el propietario hace que usted se mude.]	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Si es afirmati va, continúe con P.17	xx <input type="checkbox"/> NS/Re h Si es no, Pase a la P18	zz <input type="checkbox"/> TBD

17. Un desalojo forma parte de su historial si el propietario o un oficial del banco lleva una orden de desalojo contra usted a la corte y el comisario o el juez falló a favor del propietario. Eso puede pasar aunque usted no se presente en la corte. ¿Formó este desalojo parte de su historial?
- a Sí b No xx NS/Re h zz TBD

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

18. ¿[Estuvo usted/estuvo la madre biológica] alguna vez sin vivienda o estuvo [usted/la madre biológica] viviendo en un refugio cuando [estuvo usted/estuvo ella] embarazada? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre estaba sin hogar/viviendo en un refugio mientras este niño(a) estaba en su vientre.]

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

19. Desde [NOMBRE DEL NIÑO] nació, ha estado [él/ella] alguna vez sin vivienda o viviendo en un refugio?

a Sí b No [Pase a la P.20] xx NS/Rehusa [Pase a la P.20] zz TBD

- 19a. ¿Por cuántos meses en total desde su nacimiento ha estado este niño(a) sin hogar o viviendo en un refugio?

¿Fue por:

a menos de 6 meses?

c más de un año?

b 6-12 meses?

xx NS/Rehusa

zz TBD

Ahora le preguntaré sobre su experiencia con la vivienda subvencionada.

20. ¿Cuando [usted/ella] estuvo embarazada con [nombre del niño(a)] ¿vivió usted/madre biológica del niño(a)] alguna vez en una vivienda subvencionada, pública o de Sección 8? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre vivía en una vivienda subvencionada o pública mientras este niño(a) estaba en su vientre.]

a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

21. ¿Desde que [NOMBRE DEL NIÑO(A)] nació, ¿ha vivido él/ella en una vivienda subvencionada, pública, o de Sección 8?

a Sí b No [Pase a la Sección H] xx NS/Rehusa [Pase a la Sección H] zz TBD

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

a menos de 6 meses?

c más de un año?

b 6-12 meses?

xx NS/Rehusa

zz TBD

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

Las siguientes preguntas son sobre sus gastos de energía y utilidades.

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

1. ¿[Su casa/la casa de la persona responsable del niño(a)] se calienta por medio de....?

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

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- a Gas b Petróleo c Electricidad d Otro _____ xx NS/Rehusa
 zz TBD
 e Propano f Madera

2. ¿[Es su casa/es la casa de la persona responsable del niño(a)] principalmente refrescada por?
 [Entrevistador: Queremos saber el método principal para refrescar la casa]

- a Un sistema central de aire acondicionado c Ventiladores e Otro _____
 b Aire acondicionado (de ventana) d Ninguno xx NS/Rehusa zz TBD

PASE A LA P.8 SI VIVE EN UNA VIVIENDA MILITAR **PASE A LA P.4 SI ES DUEÑO DE SU CASA**

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

- a Calefacción c Agua e El dueño no paga por ningún servicio
 b Electricidad d Otro _____ xx NS/Rehusa zz TBD

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

SI EL DUEÑO PAGA POR LA CALEFACCION Y ELECTRICIDAD, PASE A LA P.8

4. Durante el año pasado ¿recibió el hogar de este niño(a) ayuda de un programa de asistencia para pagar las cuentas de [calefacción o electricidad]?

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

5. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿la compañía de [gas/electricidad] le mandó [a usted/la persona responsable] alguna vez una carta amenazando con cortar el servicio por falta de pago?

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

6. Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿ha la compañía de [gas / electricidad/petroleo] [cortado los servicios o rehusó entregarle combustible] por falta de pago?

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

8. ¿Desde [el nombre del mes actual] del año pasado, ¿ha usado [usted/la persona responsable del niño(a)] alguna vez el horno para calentar la vivienda porque [usted/la persona responsable] no pudo pagar las cuentas? [No incluyendo un tiempo en que usó el horno para calentar la vivienda durante una pérdida de energía.]

- a Sí b No xx NS/Rehusa zz TBD

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. (Espacio en blanco)

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 esto sucedió ‘frecuentemente,’ ‘a veces,’ o ‘nunca’ durante el pasado año.

Frecuent e-mente cierto	A veces cierto	Nunc a cierto	NS/ Rehusa	TBD
-------------------------------	----------------------	---------------------	---------------	-----

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

2. Nosotros estábamos preocupados de que se nos acabaran los alimentos antes de poder obtener dinero para comprar más. a b c xx zz
3. Los alimentos que compramos no duraron mucho y no tuvimos dinero para obtener más alimentos. a b c xx zz
4. Nosotros no pudimos costear comer comidas balanceadas. a b c xx zz
5. Nosotros dependíamos de unos cuantos tipos de alimentos de bajo precio para alimentar a [nuestros niños(a)] porque se nos acababa el dinero para hacer más compras. a b c xx zz
6. Nosotros no podíamos alimentar a [nuestro niños(a)] con una comida balanceada porque no nos alcanzaba el dinero. a b c xx zz

Selección para el nivel #2 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 | TBD |
|--|--|--|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 7. Nuestros hijos <u>no estaban comiendo lo suficiente</u> porque simplemente no podíamos comprar suficientes alimentos. | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | c <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, usted u otros adultos en su hogar [disminuyó/disminuyeron] la <u>cantidad de comida</u> o [dejó/dejaron] pasar alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos? | | | | | |
| a <input type="checkbox"/> Sí | b <input type="checkbox"/> No [pase a la P. 9] | xx <input type="checkbox"/> NS/Rehusa [pase a la P. 9] | zz <input type="checkbox"/> TBD | | |

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

- | | |
|--|--|
| a <input type="checkbox"/> Casi todos los meses | c <input type="checkbox"/> Solamente 1 o 2 meses |
| b <input type="checkbox"/> Algunos meses pero no todos | xx <input type="checkbox"/> NS/Rehusa |
| | zz <input type="checkbox"/> TBD |

- | | Sí | No | NS | TBD |
|---|---|--|---------------------------------|-----------------------------|
| 9. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez le sucedió que usted <u>comió menos de lo normal</u> porque no había suficiente dinero para comprar los alimentos? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez <u>tuvo hambre, pero no comió</u> porque no le alcanzó el dinero para comprar suficientes alimentos? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, <u>perdió usted peso</u> porque no tenía suficiente dinero para los alimentos? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, [usted/ú otro adulto en su hogar] <u>dejaron de comer un día entero</u> porque no había suficiente dinero para la compra de los alimentos? | | | | |
| 1 <input type="checkbox"/> Sí | 2 <input type="checkbox"/> No [pase a la caja #3] | 9 <input type="checkbox"/> NS/Rehusa [pase a la caja #3] | 66 <input type="checkbox"/> TBD | |

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

- | | |
|--|--|
| a <input type="checkbox"/> Casi todos los meses | c <input type="checkbox"/> Solamente 1 o 2 meses |
| b <input type="checkbox"/> Algunos meses pero no todos | xx <input type="checkbox"/> NS/Rehusa |
| | zz <input type="checkbox"/> TBD |

Selección para el nivel #3 Si dio una respuesta afirmativa (Ejemplo' "Sí" o "casi/algunos meses") en 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?

SI RECIBE ASISTENCIA PÚBLICA AHORA PASE A LA P. 5

3. ¿Cuál [fue/es] la razón por la cual [usted/la persona responsable del niño(a)]no recibe/dejó de recibir] asistencia pública en este caso?

- a. Razones personales/demasiados trámites/trato en la oficina de asistencia pública
- b. Razones relacionadas con el estado de inmigración
- c. Conseguí un trabajo (Empezó un trabajo nuevo), Aumento de salario
- d. La situación familiar cambió, otros miembros de la familia ganan suficientes ingresos/Aumento en otros ingresos/recibe SSI
- e. No quiso usar todo el tiempo límite de asistencia pública
- f. Cumplió el tiempo límite
- g. Le eliminaron /no completó los requisitos /no proveyó la información solicitada a la oficina de asistencia pública **Pase a la P.4**
- h. Padre/madre adolescente
- i. No elegible
- j. Eligió no participar / no necesita
- k. Llegó al límite de niños cubiertos por el beneficio ('family cap')
- l. Hubo un concepto erróneo sobre las reglas del programa
- m. Razones relacionada con una mudanza
- n. Problemas legales
- o. Perdió custodia legal del niño(a) (niño(a) vive con el otro padre o el estado)
- p. Otro _____
- NS/Rehusa
- xx.
- zz. TBD

SI "SÓLO EL NIÑO(A)"PASE A LA P.6 AL MENOS QUE RESPONDA 'SÍ' A LA OPCIÓN G – ENTONCES CONTINÚE A LA P.4

SI RECIBE WELFARE AHORA, PASE A LA P. 5

SI NO RECIBE WELFARE ACTUALMENTE PASE A LA P.13—A MENOS DE QUE CONTESTE "SÍ" a LA RESPUESTA "G", ENTONCES PASE A LA P.4

4¿Cuál fue la razón que a [usted/responsable del niño(a)] le cortaron la asistencia pública?

[Entrevistador: Lea cada opción en voz alta e indique Sí/No] **¿Fue porque usted...**

SÍ NO NS TBD

a.	Perdió la fecha límite de recertificación/ no llenó los documentos requeridos?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
b.	No cumplió con el requisito de tener un empleo o buscar empleo?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
c.	Para MA SOLAMENTE: no proporcionó la documentación necesaria sobre las vacunas [del niño(a)]?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
d.	No cumplió con los requisitos de estudios o arreglos de vivienda para padres adolescentes?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
	Algún niño(a) en esta vivienda no cumplió con los requisitos de asistencia escolar?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- e.
- f. Otra razón _____ a b xx zz
- g. No proporcionó información/actualizó su información con la oficina de asistencia pública a b xx zz
- h. No tiene una dirección permanente a b xx zz
- i. No quiere completar el papeleo sobre la manutención al niño(a) a b xx zz

SI RECIBE ASISTENCIA PÚBLICA AHORA, CONTINÚE A LA P.5

SI NO RECIBE WELFARE AHORA, PASE A LA P.13

SI "SÓLO EL NIÑO(A)" PASE A LA P.6

5. ¿Está inscrito a través de 'welfare' con "work-fare" (trabajo requerido), entrenamiento de trabajo, servicio comunitario o estudios?

- a Sí – trabajo requerido c Sí – entrenamiento de trabajo
- d Sí – búsqueda de trabajo e Sí – servicio a la comunidad
- f Sí - estudios b No
- xx NS/Rehusa zz TBD

6. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, el monto [del beneficio/asistencia monetaria de asistencia pública] cambió? [Entrevistador: Si más de una respuesta aplica, escoja la más reciente.]

- a aumentó d recibió asistencia pública por menos de 30 días [Pase a la P.8]
- b disminuyó xx NS/Rehusa [Pase a la P.8]
- c sin cambios [Pase a la P.8] zz TBD

Sí No NS TBD

7. ¿Cuál fué la razón por la que su beneficio cambió? ¿Fue porque...

[ENTREVISTADOR: Esta sección incluye reducciones por sanción y sin sanción.]

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. No cumplió con el requisito de trabajar o buscar trabajo? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| b. Encontró trabajo/ aumentó su sueldo? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| c. No cumplió con los requisitos de estudios o vivienda para padres adolescentes? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| d. Algún niño(a) en esta vivienda no cumplió con los requisitos de asistencia escolar? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| e. Cambió la situación de la familia/se casó/el tamaño del hogar cambió? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| f. Se mudó a [un departamento/una casa] más barato(a)/se trasladó a un refugio? | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| g. Otro _____ | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| h. No sabe/no tiene idea | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| t. Problemas administrativos (con el trabajador/error del estado/documentos) | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| u. No proporcionó /actualizó su información con la oficina de asistencia pública | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| v. Para MA SOLAMENTE: No proporcionó documentación de las vacunas del niño(a) | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |
| w. Recortes del presupuesto del estado | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> | xx <input type="checkbox"/> | zz <input type="checkbox"/> |

Sí, recibe para otra miembro de la familia

Las siguientes preguntas son sobre lo que antes se conocía como el Programa de Cupones para Alimentos ('food stamps'), que ahora se llama SNAP.

14. ¿[Ha recibido su hijo/ha recibido el hijo(a) de la persona responsable] alguna vez beneficios de SNAP?

- a No, nunca ha recibido beneficios de SNAP
 b Ha recibido SNAP anteriormente pero no ahora

14.a. ¿Alrededor de que fecha dejó de recibir beneficios de SNAP? ____ / ____ / ____ Mes/Año
 Sí "NS/Rehusa" escriba =xx/xxxx, Si no se acuerda del mes,
 use el código xx y el año apropiado. Si TBD = zz/zzzz

- c Sí, ahora recibe beneficios de SNAP /Aprobado para recibir beneficios de SNAP /pago pendiente
[Pase a la P. 17]
 d Tiene una solicitud pendiente/aplicó, pero fue negado/Tiene pensado aplicar
[Pase a la P. 20]
 xx NS/Rehusa **[Pase a la P. 20]**
 zz TBD

15. ¿Cuál es razón por la que [usted /la persona responsable del niño(a)]no recibe beneficios de SNAP?

- a No es elegible debido a sus ingresos/SSI/cuidado adoptivo temporal (Foster Care)/manutención al niño
[Pase a la P. 20]
 b Cortaron sus beneficios/dejó de recibir beneficios de SNAP
 c No sabía que era elegible o no conoce el programa **[Pase a la P. 20]**
 d Padre/madre adolescente/demasiado joven para ser el jefe de la familia para propósitos de SNAP**[Pase a la P. 20]**
 e 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.20]**
 f No es elegible por el estado migratorio de la familia/tiene miedo de participar por INS (USCIS) **[Pase a la P.20]**
 g Razones personales/demasiado burocracia /estigma/trato recibido en el la oficina de SNAP **[Pase a la P.20]**
 h Una razón relacionada a una mudanza **[Pase a la P. 20]**
 i Encarcelación/problemas legales **[Pase a la P. 20]**
 j Perdió custodia legal del niño(a) **[Pase a la P. 20]**
 k Otro _____ **[Pase a la P.20]**
 l No necesita SNAP **[Pase a la P. 20]**
 m Prefirió no participar **[Pase a la P. 20]**
 xx NS/Rehusa **[Pase a la P. 20]**
 zz TBD

16. ¿Por qué le cortaron los beneficios de SNAP?

- a Aumentaron los ingresos **[Pase a la P.20]**
 b Reportó una información incorrecta/perdió la cita para re-certificar **[Pase a la P.20]**
 c Fue cortado por una razón relacionada a inmigración **[Pase a la P. 20]**
 d Cambió de trabajo**[Pase a la P.20]**

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

- e Vive con familiares [**Pase a la P.20**]
- f Fraude [**Pase a la P.20**]
- g Problema con la custodia legal del niño(a) [**Pase a la P.20**]
- h Problemas legales [**Pase a la P.20**]
- i Otro _____ [**Pase a la P. 20**]

- xx NS/Rehusa [**Pase a la P. 20**]
- zz TBD

17. En el presente, ¿cuál es el valor en dolares de los beneficios de SNAP que recibe la familia de este niño(a) mensualmente?

[INDIQUE: ¿Es ésta la cantidad mensual?] \$ _____ Sí "NS/Rehusa" escriba =xxxx; TBD = zzzz

18. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha cambiado la cantidad del beneficio de SNAP? [Entrevistador: Si más de una respuesta aplica, pregunte por la más reciente.]

- a Aumentó b Disminuyó c No cambió [Pase a la P. 20] xx NS/Rehusa [Pase a la P. 20]
- zz TBD

19. ¿Por qué cambió la cantidad [suya/de la persona responsable del niño(a)] de los beneficios de SNAP? ¿Fue porque...

- a Cambiaron los ingresos del hogar/cambió el pago de Asistencia pública (welfare)
- b Se mudó/cambió la renta/vive en un refugio
- c Nuevo bebé/el número de personas en su vivienda cambió
- d Dio información incorrecta/perdió la fecha límite
- e Le cortaron el beneficio de asistencia pública (welfare)
- xx NS/Rehusa
- f Aumento del costo de vida/ bajaron fondos estatales
- g Cambió el aporte financiero del padre/SSI/Foster care
- h Otro _____
- i Estado migratorio de algún miembro del hogar
- j Problemas administrativos o de computadores
- k El programa de estímulo
- zz TBD

20. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez [usted/la persona responsable del niño(a)] ha usado alimentos de las despensas de comida (food pantry/soup kitchen) o recibió una donación de comida?

Si es así, ¿con qué frecuencia pasó esto?

- a Nunca c Algunos meses pero no todos xx NS/Rehusa
- b Casi todos los meses d Solamente 1 o 2 meses zz TBD

La última sección de esta entrevista se trata de WIC.

21. ¿Ha recibido [usted/la persona responsable del niño(a)] alguna vez WIC para [usted/ella misma] o este niño(a) ?

- a Sí - Actualmente [**Pase a la P.22a**] b No c Si – antes recibía WIC, pero no ahora
- xx NS/Rehusa [**Pase a la P.22a**] zz TBD

22. ¿Cuál es la razón principal por la que [usted/la persona responsable del niño(a)] no recibe WIC para este niño(a)?

- a WIC está pendiente/ tiene planes para aplicar/necesita re-apliacar
- b No tiene transporte
- c Se mudó
- d No tiene dirección fija/vive en un refugio
- e Horas de oficina de WIC/faltó a la cita de WIC
- f No fue re-certificada
- g No conoce el programa
- h Bebé recién nacido(a)
- i Problemas burocráticos
- j WIC no provee fórmula especial/dieta especial
- k No sabía que podía recibir WIC por su estado inmigratorio
- l Enfermedad del niño(a)
- m Problemas administrativos
- n Información errónea sobre las reglas del programa
- o No quiere WIC/no usa las comidas de WIC
- p No necesita WIC/no es elegible por sus ingresos
- q Otro _____
- xx NS/Rehusa
- zz TBD

[SI NO RECIBE WIC AHORA, PASE A LA P. 22b]

22a. ¿Ha recibido WIC para este niño(a) continuamente (sin interrupción) desde su nacimiento?

- a Sí
- b No
- xx NS/Rehusa
- zz TBD

22b. ¿Recibió [usted/la mamá biológica] WIC durante su embarazo de este niño(a)?

- a Sí
- b No
- xx NS/Rehusa
- zz TBD

SECCIÓN K: (DCC:S8) INFORMACIÓN DE RECURSOS

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 si está interesado(a) en recibir cualquier información.

[Entrevistador: Si es evidente que las necesidades de la familia constituyen una crisis inminente como una amenaza a la vida, notifique a la persona apropiada en su clínica/sala de emergencia.]

1. ¿Desea usted información sobre programas o servicios en la comunidad, en referencia a....?(Lea la lista abajo y marque los recursos deseados)

a.	Lista de recursos en su comunidad	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
b.	Guarderías para familias que no reciben servicios	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
c.	WIC	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
d.	Asistencia para pagar las utilidades	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
e.	Violencia doméstica	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
f.	SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementario)	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
g.	Seguro Médico	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
h.	Vivienda Subvencionada	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

i.	Refugios para mujeres/Refugios para los que no tienen vivienda	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
j.	Programas de comida caliente/Despensas públicas/Alimentos de bajo precio	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
k.	Entrenamiento para empleos	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
l.	Servicios para depresión/servicios para salud mental	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
m.	Servicios de intérpretes	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
n.	Trabajador social/servicios sociales	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
o.	Servicios legales/ayuda con problemas de vivienda, desalojo, manutención para el niño(a), problemas de inmigración	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
p.	Información sobre nutrición	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
q.	Servicios del hospital/de la clínica	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
r.	Información sobre el desarrollo del niño(a)	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
s.	¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de asistencia? [Sólo para algunos sitios]	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
t.	Welfare/TANF (asistencia pública)	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
u.	Cursos para dejar de fumar	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
v.	Programa de Intervención Temprana	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
w.	Otros programas educativos: Inglés como segundo idioma; programa de asistencia para pago de estudio, etc.	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
x.	SSI	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
y.	Seguros dentales/cuidados dentales	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
z.	Otro _____	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN L

ASISTENCIA (Específica para cada sitio)

¡RECUERDE PREGUNTAR SI ESTO ES PERTINENTE A LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA!

[Entrevistador: Haga estas preguntas a cada participante. Algunas familias tal vez no se sientan cómodas compartiendo la información durante esta entrevista, pero la compartirán con un trabajador de salud. Todas las experiencias de las familias son importantes - si ellos tienen una historia para compartir, apúntela en B.]

A. Su experiencia es muy importante. Las personas que toman las decisiones de las políticas sobre las familias con niño(as) les gusta escuchar frecuentemente sobre como sus programas afectan a las familias. ¿Estaría usted dispuesto(a) a compartir su historia con nuestro grupo o alguna persona de los medios de comunicación?

a Sí

b No

B. ENTREVISTADOR: *Por favor brevemente describa la experiencia de la familia (positiva o negativa) con programas de asistencia pública u otros asuntos relevantes (por ejemplo – condiciones de vivienda, migración, sacrificios de una necesidad por otra debido a su situación económica etc.).*

C. ¿Le gustaría hablar con un trabajador social? Nosotros tenemos un trabajador(a) social que específicamente ayuda a las familias que nosotros entrevistamos que tienen preguntas o necesitan información. ¿Le gustaría que un trabajador social se pusiera en contacto con usted para ayudarlo con su situación?

Sí

No

D. **ENTREVISTADOR:** *¿Qué información específica necesitará la familia del trabajador(a) social? [Por favor tome nota del material que usted ya le entregó a la familia. Esto ayudara al trabajador(a) social proveer la mejor asistencia posible. Si la familia no se siente cómoda compartiendo con usted la necesidad específica de que asunto a ellos le gustaría discutir con un trabajador social, no los presione hacer eso. Sólo asegúrese que tiene los datos apropiados para contactarse con la familia.]*

CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY REV 2-14-11

ENTREVISTADOR: Si la familia contesta sí a la P. A o C, por favor llene las secciones E y F.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono1: _____

Teléfono2: _____

Email: _____

F. ¿Cuál sería la mejor hora para llamarlo(a) por teléfono? AM PM Cualquier hora

Aceptable dejar un mensaje a

MRN: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____

DE LA ENTREVISTA ____

Iniciales del Entrevistador: ____

Firma de la persona responsable del niño(a): _____

Número de Certificado: # _____

Lista de Documentos

- HIPAA**
- Eligibility Checklist**
- Consent**
- Consent Process Documentation**
- Gift card (if not, allow e-version)**