









**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

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

*Sí "NS/Rehúsa" 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)]**

\_\_\_\_\_  
 Año  
*Sí "NS/Rehúsa" escriba =xxxx; TBD = zzzz*

**2. ¿Cuál es el código postal del lugar donde usted vive?** \_\_\_\_\_  
*Sí "NS/Rehúsa" escriba =xxxxx; TBD = zzzzz*

**3. ¿Dónde nació [el/la niño(a)]?**

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

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

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

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

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

*Sí "NS/Rehúsa" 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/Rehúsa      zz  TBD

6b. **¿Cuál de las siguientes describe mejor [su raza/la raza de la madre biológica]? Puede escoger más de una.**

	Sí	No	NS/Rehúsa	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. Americano nativo o indígena	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
f. Cabo verdeana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
g. Haitiana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
h. Jamaiquina o antillana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
i. Otra _____	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

7. **¿Usted habla otro idioma aparte del español en la casa?**

a  Sí      b  No [Pase a la P.8]      xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.8]      zz  TBD

7a. **¿Cuál es este idioma? (INDIQUE: Por ejemplo, español, criollo haitiano, Somalí)**

a  Inglés      b  Somalí      c  Portugués      d  Criollo haitiano      e  Criollo cabo verdeano  
 f  Other: \_\_\_\_\_  
 xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.8]      zz  TBD

7b. **¿Con cuánta facilidad habla inglés?**

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- a  Muy bien      b  Bien      c  No muy bien      d  No hablo nada del inglés  
xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.8]      zz  TBD

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

- a  soltero(a) (no viviendo juntos)      c  viviendo juntos      xx  NS/Rehúsa  
d  separado(a), divorciado(a), viudo(a)      zz  TBD  
b  casado(a)

### 9. ¿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.]

- a  Algunos años de la secundaria o menos      d  Diploma universitaria/título  
b  Secundaria completa o GED      e  Maestría o más  
c  Algo de estudios técnicos o universitarios      xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

### 10. ¿Usted se considera...

- a  Heterosexual?      b  Homosexual, "gay" o lesbiana?      c  Bisexual?  
xx  DK/Refused      zz  TBD

## SECCIÓN D: HISTORIA CLÍNICA DEL/DE LA NIÑO(A) Y COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

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

1. ¿Cuánto pesó [el/la niño(a)] al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas      Sí "NS/Rehúsa" =  
xx lbs xx ozs TBD = zz lbs zz ozs

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

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

### 3. ¿Este bebé fue amamantado o alimentado con leche materna alguna vez?

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

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

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

fórmula? \_\_\_\_\_ meses  
cualquier otro alimento/bebida? \_\_\_\_\_ meses

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

[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/Rehúsa, zz = TBD

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

a  Excelente

c  Regular

xx  NS/Rehúsa

b  Buena

d  Mala

zz  TBD

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

[Entrevistador: "Internado" significa ingresar al hospital o quedarse por observación. No incluya una extensión de la visita original a la sala de emergencia (por ejemplo si la persona responsable sabe que el/la niño(a) estará internado(a)). No incluya la hospitalización después de nacer para los niños nacidos prematuros]

Sí "NS/Rehúsa" escriba=xx, TBD = zz

Aún los niños muy pequeños pueden tener problemas de salud, inquietudes o condiciones que les afectan la conducta, el aprendizaje, el crecimiento o el desarrollo físico. Las siguientes preguntas son acerca de medicamentos recetados, cuidado de salud física o mental, limitaciones en las habilidades de su hijo(a), terapias especiales y consejería.

7. Actualmente, ¿el/la niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que no sean vitaminas?

a  Sí

b  No [pase a P.8]

xx  NS/Rehúsa [pase a P.8]

zz  TBD

[INDIQUE: Por ejemplo, ¿su hijo(a) usa un inhalador, un EpiPen u otras medicinas especiales?]

7a. ¿Necesita medicamento recetado debido a alguna condición médica, de conducta u otra enfermedad?

a  Sí

b  No [pase a P.8]

xx  NS/Rehúsa [pase a P.8]

zz  TBD

7b. Esta condición, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?

a  Sí

b  No

xx  NS/Rehúsa

zz  TBD

8. ¿Su niño(a) necesita o utiliza atención médica, servicios de salud mental o servicios educativos más de lo usual que para la mayoría de los niños de su misma edad?

a  Sí

b  No [pase a P.9]

xx  NS/Rehúsa [pase a P.9]

zz  TBD

8a. ¿Su niño(a) necesita atención médica, servicios de salud mental o servicios educativos debido a alguna condición médica, de conducta u otra enfermedad?



**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

a  Sí      b  No [pase a P.9]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.9]      zz  TBD

**8b. ¿Esta condición ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

a  Sí      b  No      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

**9. ¿Está el/la niño(a) limitado/a o impedido/a de alguna forma en sus habilidades para realizar la mayoría de las actividades que los niños de su misma edad pueden realizar?**

a  Sí      b  No [pase a P.10]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.10]      zz  TBD

**9a. ¿Esta limitación se debe a alguna condición médica, de conducta u otra enfermedad?**

a  Sí      b  No [pase a P.10]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.10]      zz  TBD

**9b. ¿Esta condición ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

a  Sí      b  No      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

**10. ¿El/la niño(a) necesita o recibe alguna terapia especial como terapia física, ocupacional o del habla, incluyendo Intervención Temprana?**

a  Sí      b  No [pase a P.11]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.11]      zz  TBD

**10a. ¿Esta necesidad de terapia especial se debe a alguna condición médica, de conducta u otra enfermedad?**

a  Sí      b  No [pase a P.11]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.11]      zz  TBD

**10b. ¿Esta condición ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

a  Sí      b  No      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

**11. ¿El/la niño(a) tiene algún problema emocional, de desarrollo o de conducta por el cual necesite tratamiento o terapia?**

a  Sí      b  No [pase a P.12]      xx  NS/Rehúsa [pase a P.12]      zz  TBD

*[INDIQUE: Por ejemplo, ¿Usted recibe ayuda para apoyarle con la conducta de su hijo(a)?]*

**11a. Este problema emocional, de desarrollo o de conducta, ¿ha durado o se espera que dure 12 meses o más?**

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

a  Sí      b  No      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

**12. ¿En su hogar hay algún otro/a niño/a menor de 18 años de edad que tenga problemas o condiciones de salud que afecten su conducta, aprendizaje, crecimiento o desarrollo físico?**

a  Sí      b  No      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

[Pase a P.14 si contestó 'No' a P.7-11]

**Ahora le leeré una lista de condiciones médicas. Por cada una de ellas, por favor indique si algún médico alguna vez le dijo que [NOMBRE del/de la niño/a] tuvo dicha condición aunque no la tenga actualmente.**

**13. Ahora le leeré una lista de condiciones médicas. Alguna vez algún médico le ha dicho que [NOMBRE del/de la niño/a] tuvo...**

	Sí	No	NS/Rehúsa	TBD
a. TDAH o DDA o en inglés, ADHD o ADD [ <i>INDIQUE: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad o Desorden de Déficit de Atención</i> ]?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
b. Depresión?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
c. Problemas de ansiedad?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
d. Problemas de conducta o comportamiento, como Trastorno de negativismo desafiante o Desorden de Conducta?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
e. Autismo, Síndrome de Asperger, Desorden de Desarrollo Persistente u otro desorden del espectro autístico?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
f. Algún retraso en el desarrollo?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
g. Discapacidad intelectual o retraso mental?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
h. Parálisis cerebral?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
i. Problemas del habla o lenguaje?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
j. Asma?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
k. Alguna otra enfermedad crónica de los pulmones, como Displasia Broncopulmonar (DBP)?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
l. Diabetes?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

m. Epilepsia o trastornos convulsivos?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
n. Problemas auditivos?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
o. Problemas de visión no corregidos con anteojos/gafas?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
p. Enfermedad cardíaca congénita?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
q. Problemas óseos (huesos), de articulaciones o musculares? [INDIQUE: No incluya huesos rotos o músculos desgarrados.]	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
r. Lesión cerebral?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
s. VIH/SIDA?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
t. Anemia de Células Falciformes?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
u. Síndromes genéticos, como Síndrome de Down o Síndrome del Cromosoma X Frágil?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
v. Necesidad de dispositivos/equipamiento de asistencia médica, como Traqueotomía, Tubo de Gastrostomía, Derivación Ventriculoperitoneal, etc.?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
w. Alergias a algún alimento?	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
x. Otro: _____	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

**Ahora le haré algunas preguntas sobre la salud oral de su niño(a).**  
[Pase la P.13 si el niño(a) tiene <4 meses]

**14. En general, ¿como describiría la salud de la boca y los dientes de su niño(a)?**

a <input type="checkbox"/> Excelente	c <input type="checkbox"/> Regular	xx <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa
b <input type="checkbox"/> Buena	d <input type="checkbox"/> Mala	zz <input type="checkbox"/> TBD

**15. ¿[NOMBRE del/de la niño(a)] ha ido alguna vez al dentista o ha sido visto por un proveedor de la salud dental?**

a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No [Pase a la P.17]	xx <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [pase a la P.17]
zz <input type="checkbox"/> TBD		

**16. ¿[NOMBRE del/de la niño(a)] ha tenido alguna vez un procedimiento dental como una extracción dental bajo anestesia o un arreglo de una carie?**

a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa	zz <input type="checkbox"/> TBD
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

18. La última vez que su hijo(a) no pudo recibir el cuidado dental que él/ella necesitaba, ¿cuál fue la razón principal por la cuál no recibió 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 o las 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  
l  Otro \_\_\_\_\_  
xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

Ahora hablaremos sobre el seguro médico de su hijo(a) y la cobertura de recetas médicas.

Primeramente voy a preguntarle sobre su hijo(a).

19. ¿Qué tipo de seguro médico tiene [el/la niño(a)]? [ENTREVISTADOR: si el/la niño(a) tienes más de un tipo de seguro medico, incluyendo seguro publico, marque el seguro public (opciones a o b)]

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

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

20. ¿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.21a] e  Todavía no ha solicitado seguro médico/está pendiente (bebé está recién nacido)
- b  Cambio de seguro, pero sin pérdida del seguro [Pase a la P.22] f  No tuvo cobertura el año pasado [Pase a la P.22]
- c  Ningún cambio al seguro médico [Pase a la P.22] g  Perdió su seguro médico pero lo recobró [Pase a la P.21a]
- d  Tiene seguro médico que no tenía antes [Pase a la P.21a] h  Otro: \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa zz  TBD

21. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ¿hubo algún momento en que [NOMBRE del/de la niño(a)] no ha tenido seguro médico?

- a  Sí b  No [Pase a la P.22] zz  NS/Rehúsa [Pase a la P.22] xx  TBD

21a. ¿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.
- b  Usted no podía presentar el certificado 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  Ha tenido malas experiencias con esto o con otras oficinas del gobierno?
- f  No sabía cómo/no tenía conocimiento del procedimiento
- g  Bebé recién nacido(a)
- h  Pendiente
- i  Inelegible
- j  Le cortaron el seguro
- k  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- 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).

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

22a. ¿El seguro del/de la niño(a), ya sea con los pagos o co-pagos?

a  Sí b  No [Pase a la P.23] xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.23] zz  TBD

22b. ¿Fue:

a  un incremento en el costo?  
b  una disminución en el costo?  
c  otro? \_\_\_\_\_  
xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

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

23a. ¿Las recetas médicas del/de la niño(a)?

a  Sí b  No [Pase a la P.24] xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.24] zz  TBD

23b. ¿Fue:

a  un incremento en co-pagos por el medicamento?  
b  una disminución en co-pagos por el medicamento?  
c  otro? \_\_\_\_\_  
xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

24. ¿Hubo algún momento en que su niño(a)/[NOMBRE del/de la 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.25] xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.25] zz  TBD

24a. En caso afirmativo, especifique:

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

Ahora le voy hacer preguntas sobre el seguro médico de su HOGAR y las coberturas de sus recetas

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

médicas desde [nombre del mes actual] del año pasado.

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted? Puede escoger más de uno.

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

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

- a  Sí
- b  No a ambos [Pase a la P.27]
- xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.27]
- zz  TBD

26a. En caso afirmativo, especifique:

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

[Entrevistador:

pregunte 26b si el participante contesta sí en recetas médicas solamente en 26a  
pregunte 26c si el participante contesta sí en cuidado médico solamente en 26a  
pregunte 26b y 26c si el participante contesta sí en ambos en 26a]

26b. De los miembros de su hogar que no pudieron obtener recetas médicas:

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

- ¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? \_\_\_\_
- ¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? \_\_\_\_
- ¿Usted fue una de esas personas? a  Sí b  No
- xx  NS/Rehúsa zz  TBD

26c. De los miembros de su hogar que no pudieron obtener cuidado medico:

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

- ¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? \_\_\_\_
- ¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? \_\_\_\_
- ¿Usted fue una de esas personas? a  Sí b  No
- xx  NS/Rehúsa zz  TBD

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

27. **¿El costo del cuidado médico o recetas médicas para cualquier miembro de su hogar 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?      f  Por gastos relacionados con el auto (seguros, préstamos, gasoline, reparaciones)?
- b  Por las cuentas de servicios de su vivienda (no teléfono)?      g  Por cuentas de teléfono?
- c  Por comida?      h  Ninguno de estos
- d  Por guardería?      i  Otros \_\_\_\_\_
- e  Por otras cuentas médicas?      xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

28.

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

- a  Sí      b  No a ambos [Pase a la siguiente sección]      xx  NS/Rehúsa [Pase a la siguiente sección]
- zz  TBD

**28a. De los miembros de su hogar que no pudieron obtener cuidado dental:**

*Si es NS/Rehúsa 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/Rehúsa      zz  TBD

**SECCIÓN E(1): LA SALUD DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL/DE LA NIÑO(A)**

[Entrevistador: **TODAS las personas responsables contestarán las preguntas 1,2 y 6 a 9.** Se les hacen las preguntas 3-5 **SOLAMENTE** a la madre del niño(a) o a la mujer responsable 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/Rehúsa      zz  TBD

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

- a  Excelente      c  Regular
- b  Buena      d  Mala



FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

xx  NS/Rehúsa

zz  TBD

[PASE a la P.6 si entrevista al HOMBRE responsable del niño(a)]

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

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

Las siguientes preguntas son acerca de fumar y productos de tabaco como cigarrillos, cigarros, cigarrillos aromáticos, tabaco sin humo, tabaco masticable, tabaco pulverizado, cigarrillos electrónicos o 'dip.'

**6. ¿Ha fumado usted cigarrillos o usado cualquier otro producto de tabaco en los últimos 5 años?**

a  Sí                      b  No [Pase a la P.9 sólo si entrevista a la madre *biológica*]  
xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.9 sólo si entrevista a la madre *biológica*]                      zz  TBD

**7. ¿Fumaba [usted/la madre *biológica*] o usaba cualquier otro producto de tabaco cuando se dio cuenta de que estaba embarazada con este/a niño(a)?**

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

**8. ¿Durante el embarazo fumaba [usted/ella] o usaba cualquier otro producto de tabaco todos los días, algunos días o nunca los usó?**

a  todos los días                      b  algunos días                      c  nunca los usó  
xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

[Entrevistador: Si la respuesta es "no" en la P.6, no diga "Incluyendose usted"]

**9. Incluyendose usted ¿cuántas personas fuman cigarrillos en su vivienda? \_\_\_\_\_ # personas**

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

*Si es NS/Rehúsa CÓDIGO =xx Si es TBD CÓDIGO zz*

### SECCIÓN E(2) ESTATURA Y PESO DE LOS PADRES

**[Pase a la Sección E(2) si la persona responsable NO es uno de los padres biológicos del niño(a).]**

**Las siguientes preguntas son acerca de su estatura y peso.**

#### 10. ¿Cuánto mide usted?

**10a. La estatura de la madre/del padre biológica/o:** \_\_\_ pies \_\_\_ pulgadas/\_\_\_ \_\_\_ cm

*Si NS/Rehúsa escriba=x pies xx pulgadas / xxxcm*

*Si TBD = z pies zz pulgadas /zz cm*

#### 11. ¿Cuánto pesa usted?

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

**11a. El peso de la madre/del padre biológica/o:** \_\_\_ \_\_\_ libras/\_\_\_ \_\_\_ kilos

*Si "NS/Rehúsa" escriba=xxx libras/kilos*

*Si TBD escriba=zzz libras/kilos*

### SECCIÓN F: ALIMENTOS Y NUTRICIÓN EN EL HOGAR (USDA)

**Las siguientes preguntas son acerca de los alimentos que se consumen en el hogar [del/de la niño/niña].**

#### 1. (Espacio)

**Ahora le leeré algunas declaraciones que las personas han hecho sobre su situación alimenticia. Por cada una de ellas, indique si le han sucedido "frecuentemente," "a veces" o "nunca" durante los últimos 12 meses, es decir desde [nombre del mes actual] del año pasado.**

	Frecuente- mente	A veces	Nunca	NS/ Rehúsa	TBD
2. Estaba/estábamos preocupado/a(s) <u>de que los alimentos se acabaran</u> antes de que tuviera/tuviéramos suficiente dinero para comprar más.	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
3. <u>Los alimentos que compré/compramos no duraron</u> mucho y no tenía/teníamos suficiente dinero para comprar más.	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
4. <u>No tenía/teníamos suficiente dinero</u> para comprar comidas balanceadas. <i>[INDIQUE: Comida variada y nutritiva].</i>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
5. <u>Dependía/dependíamos solamente de algunos alimentos baratos</u> para alimentar <b>[a mi/a nuestro/al niño/a la niña]</b> porque se nos acababa el dinero para	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

comprar más alimentos. [INDIQUE: Alimentos de poca variedad y de bajo costo].

a       b       c       xx       zz

6. No podía/podíamos alimentar [a mi/a nuestro/al niño/a la niña] con una comida balanceada porque no teníamos suficiente dinero para comprarla.

**Selección para la Etapa #2: Si eligió como respuesta "Frecuentemente" o "A veces" para alguna de las Preguntas 2-6, entonces continúe con la Pregunta 7; de lo contrario pase a la Sección G.**

Frecuente-      A      Nunca      NS/      TBD  
mente      veces           Rehúsa

7. [Mi/nuestro/El niño/La niña] no comía lo suficiente porque no tenía/teníamos dinero para comprar suficientes alimentos.

a       b       c       xx       zz

8. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez (usted u otros adultos en su hogar) disminuyó/disminuyeron la cantidad de comida o dejó/dejaron pasar alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

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

- 8a. ¿Con qué frecuencia [le/les] sucedió esto?

a  Casi todos los meses      c  Solamente 1 o 2 meses  
b  Algunos meses, pero no todos      xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

9. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez usted comió menos de lo que debía comer porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

a  Sí      b  No      xx  NS      zz  TBD

10. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez usted tuvo hambre pero no comió porque no tenía el dinero para comprar suficientes alimentos?

a  Sí      b  No      xx  NS      zz  TBD

11. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿usted ha perdido peso porque no tenía suficiente dinero para comprar alimentos?

a  Sí      b  No      xx  NS      zz  TBD

12. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez (usted u otros adultos en su hogar) dejó/dejaron de comer por un día entero porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

a  Sí      b  No      Pase a la Selección para la Etapa #3  
xx  NS/Rehúsa      Pase a Selección para la Etapa #3      zz  TBD

- 12a. ¿Con qué frecuencia [le/les] sucedió esto?

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

**Selección para la Etapa # 3: Si eligió como respuesta "Sí", o "Casi todos los meses/Algunos meses", "Frecuentemente" o "A veces" para alguna de las Preguntas 7-12a, entonces continúe con la Pregunta 13; de lo contrario pase a la Sección G.**

Las siguientes preguntas son acerca de los niños menores de 18 años que viven en el hogar.

**13. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez usted disminuyó la cantidad de comida de (sus niños/alguno de sus niños) porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?**

- a  Sí    b  No    xx  NS/Rehúsa    zz  TBD

**14. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez (sus niños/alguno de sus niños) no comieron/comió alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?**

- a  Sí    b  No [Pase a P.15]    xx  NS/Rehúsa [Pase a P.15]    zz  TBD

**14a. ¿Con qué frecuencia [le/les] sucedió esto?**

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

**15. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez (sus niños/alguno de sus niños) tuvieron/tuvo hambre pero usted no tenía dinero para comprar más alimentos?**

- a  Sí    b  No    xx  NS    zz  TBD

**16. Desde (nombre del mes actual) del año pasado, ¿alguna vez (sus niños/alguno de sus niños) no comieron/no comió por un día entero porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?**

- a  Sí    b  No    xx  NS    zz  TBD

### SECCIÓN G: VIVIENDA DEL NIÑO

Las siguientes preguntas son acerca de la familia y la vivienda de [este niño(a)/usted].

**1. ¿En qué tipo de vivienda vive [el/la niño(a) / NOMBRE del/de la niño(a)]? ¿En....**

- a  Un apartamento?    f  Una casa móvil ("mobile home/trailer")?  
b  Una casa/condominio?    g  Un cuarto/cuarto alquilado [Pase a P.3]?  
c  Un refugio/vivienda transitoria [Pase a P.6]?    h  Auto [Pase a P.6]?  
d  Una residencia de tratamiento/vivienda con supervisión [Pase a P.6]?    i  No tiene un lugar estable para dormir [Pase a P.6]?  
j  Hotel/motel [Pase a P.4]?    j  Hotel/motel [Pase a P.4]?

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- e Una vivienda del gobierno (base militar etc.)  k Otro \_\_\_\_\_ [Pase a P.4]?  
[Pase a P.4]?  xx NS/Rehúsa  
 zz TBD

2. ¿Usted es dueño de su hogar? [INDIQUE: ¿La hipoteca de la casa está a su nombre? O ¿Podría vender la casa si usted quisiera?]

- a Sí  b No  xx NS/Rehúsa  zz TBD

3. Durante los últimos 12 meses ¿hubo algún momento en que usted no pudo pagar la hipoteca o renta a tiempo? [INDIQUE: ... debido a dificultades económicas?]

- a Sí  b No  
 xx NS/Rehúsa  zz TBD

4. [ENTREVISTADOR: Si es propietario pase esta pregunta, P2=Si]  
¿Por dificultades económicas usted vive con otras personas temporalmente aunque sea por un tiempo corto? [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  b No  
 xx NS/Rehúsa  zz TBD

5. ¿Cuántos dormitorios/cuartos hay en la casa de este/a niño(a)?

\_\_\_\_ # dormitorios/cuartos Sí "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

6. ¿En cuántos lugares ha vivido el/la niño/a desde [nombre de este mes] del año pasado?

\_\_\_\_ # lugares [Si la respuesta es =1, pase a P.8] Si "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

7. La última vez que [NOMBRE del/de la niño(a)] se mudó ¿cuál de las siguientes razones fue la más importante para que se mudara de la vivienda?

- a Problemas relacionados con el pago de la renta o hipoteca  
 b Problemas relacionados con malas condiciones de la vivienda

7a. (Si la opción b es afirmativa) Si usted se ha mudado debido a problemas relacionados con malas condiciones de la vivienda, tuvo problemas con... (marque todas las opciones que correspondan):

- a Servicios de su vivienda  
 b Agua / Plomería  
 c Infestaciones  
 d Moho / Hongos  
 e La casa fue declarada como inhabitable y usted ha sido forzado(a) a abandonarla.

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

- f Otros \_\_\_\_\_
- xx NS/Rehúsa
- zz TBD
- c (para inquilinos) El propietario sufrió una ejecución hipotecaria  
(para propietarios) Usted sufrió una ejecución hipotecaria
- d Fue desalojado(a)/ quiso evitar un desalojo
- e Se terminaron los fondos de financiación de la vivienda subvencionada / Recorte presupuestario
- f Se mudó a un refugio
- g Se mudó DE un refugio
- h Quiso estar cerca del trabajo / escuela / familia
- i Quiso una casa más grande / mejor
- j Quiso un vecindario más seguro
- k Hubo un cambio en su familia (nueva relación, fin de una relación)
- l Consiguió un lugar propio para quedarse / quiso tener su lugar propio.
- m Otro \_\_\_\_\_
- xx NS/Rehúsa
- zz TBD

**8. INCLUYENDO A ESTE(A) NIÑO(A), ¿cuántas personas entre 0-17 años de edad viven en su hogar?**

\_\_\_ # personas      Sí "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

**9. INCLUYÉNDOSE A USTED, ¿cuántas personas de 18 años o mayores viven en su hogar?**

[Entrevistador: Si viven en un refugio, sólo incluya a su grupo familiar]

\_\_\_ # personas      Sí "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

**Las siguientes preguntas son acerca de la situación de su vivienda actual.**

**SI ES PROPIETARIO DE SU VIVIENDA O RESIDE EN UNA BASE MILITAR, SI VIVE EN UN REFUGIO O VIVIENDA TRANSITORIA U OTRA SITUACIÓN INSTITUCIONAL, PASE A P.15**

<b>10. ¿Actualmente usted vive en una vivienda pública o subvencionada por el gobierno? [INDIQUE: ¿Recibe ayuda/asistencia del estado, ciudad o gobierno federal para pagar la renta?]</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
		<b>Pase a P.11</b>	<b>Pase a P.11</b>	
<b>10a. ¿El contrato del [apartamento/vivienda] está a su nombre?</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
		<b>Pase a P.11</b>	<b>Pase a P.11</b>	

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

<b>10b.</b> ¿Usted puede trasladar su vale o certificado a otra vivienda de su elección? [INDIQUE: ¿Tiene ayuda de “Seccion 8,” un certificado o vale?]	a <input type="checkbox"/> Sí <b>Pase a P.14</b>	b <input type="checkbox"/> No <b>Pase a P.14</b>	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh <b>Pase a P.14</b>	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>11.</b> ¿Ha solicitado vivienda subvencionada u otra clase de vivienda pública?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No <b>Pase a P.14</b>	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh <b>Pase a la P.14</b>	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>12.</b> ¿Actualmente [usted/la familia del/la niño(a)] 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 <b>Pase a P.13</b>	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh <b>Pase a P.13</b>	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>12a.</b> Aproximadamente ¿por cuánto tiempo [ha estado/estuvo] en una lista de espera para asistencia de vivienda? [Entrevistador: Convierta los años a meses.] Sí “NS/Rehúsa” escriba =xxx; TBD =zzz	_ _ _ # meses	<b>Pase a P.14</b>		
<b>13.</b> ¿Ha tratado de entrar en una lista de espera pero no ha podido?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>14.</b> Durante los últimos 2 años ¿ha tenido un certificado de vivienda que ha vencido o que fue cancelado?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>15.</b> Un desalojo es cuando el propietario o el gobierno o un oficial del banco le obliga a mudarse aunque usted no quiera. En los últimos cinco años ¿alguna vez ha sido desalojado? <i>[Indique: Un propietario u 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 ocurre cuando un oficial del banco o el propietario hace que usted se mude.]</i>	a <input type="checkbox"/> Sí <b>Pase a P.16</b>	b <input type="checkbox"/> No <b>Pase a P.17</b>	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh <b>Pase a P.17</b>	zz <input type="checkbox"/> T BD
<b>16.</b> 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. ¿Un desalojo forma parte de su historial?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD

Las siguientes preguntas son acerca de su vivienda desde que [usted/la mamá biológica] estaba embarazada de este(a) niño(a), [NOMBRE del/de la niño(a)] y durante su vida hasta la actualidad. En el primer grupo de preguntas, cuando decimos “sin vivienda” nos referimos a vivir en un refugio, un motel, una situación de vivienda transitoria o temporera, una vivienda de “sitio dispersado” o la falta de un lugar estable para dormir durante la noche.

**17.** ¿Alguna vez ha estado [usted/la mamá biológica] sin vivienda o ha vivido [usted/la mamá biológica] en un refugio estando embarazada? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre estuvo sin vivienda/vivió en un refugio mientras este(a) niño(a) estaba en su vientre.]

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

a  Sí                      b  No                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

18. Desde que [nombre del/de la niño(a)] nació ¿alguna vez estuvo sin vivienda o vivió en un refugio?

a  Sí                      b  No [Pase a P.19]                      xx  NS/Rehúsa [Pase a P.19]                      zz  TBD

18a. ¿Por cuántos meses *en total* ha estado este(a) niño(a) sin vivienda o viviendo en un refugio? ¿Fue por:

a  menos de 6 meses?                      c  más de un año?  
b  6-12 meses?                      xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

19. Cuando [usted/la mamá biológica] estaba embarazada de [NOMBRE del/de la niño(a)] ¿alguna vez [usted/la mamá biológica] vivió en vivienda subvencionada, pública o de "Sección 8"?

[ENTREVISTADOR: Estamos interesados en si la madre vivió en vivienda subvencionada o pública mientras este(a) niño(a) estaba en su vientre.]

a  Sí                      b  No                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

20. Desde que [nombre del/de la niño(a)] nació ¿alguna vez vivió en vivienda subvencionada, pública o de "Sección 8"?

a  Sí                      b  No                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**SECCIÓN H: PREGUNTAS ACERCA DE LA ENERGÍA**

Ahora tengo preguntas acerca de los servicios de su vivienda.

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

1. En la vivienda del/de la niño(a) ¿utilizan calefacción a base de....?

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

a  Gas                      b  Petróleo                      c  Electricidad                      d  Propano/Kerosene  
e  Madera/Leña                      f  Otro \_\_\_\_\_                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

2. En la vivienda del/de la niño(a) ¿cuál es el método que se utiliza para mantener el ambiente fresco en su casa ...?

[Entrevistador: Queremos saber la fuente principal que tiene para mantener fresco su vivienda]

a  Un sistema central de aire acondicionado  
c  Un ventilador  
b  Una unidad de aire acondicionado (unidad de ventana)  
d  Ninguno  
e  Otro \_\_\_\_\_                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD



FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

**PASE A P.8 SI VIVE EN UNA BASE MILITAR O UN REFUGIO O SI ESTA SIN VIVIENDA** **PASE**  
**A P.4 SI ES DUEÑO DE SU CASA**

3. ¿Usted o alguien en su vivienda paga por los servicios de su vivienda para tener calefacción, electricidad o agua?

- a  Sí – Persona encargada de cuidar al/a la niño(a) o alguien en la vivienda  
b  No [Pase a P.8]  
xx  NS/Rehúsa [Pase a P.8]  
zz  TBD

4. ¿Durante el año pasado la vivienda del/de la niño(a) ha recibido asistencia de un programa de ayuda para pagar los servicios de su vivienda?

- a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

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

- a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

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

- a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

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

- a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

8. ¿Desde [nombre de este mes] del año pasado, alguna vez ha usado el horno para calentar la vivienda porque no pudo pagar las cuentas? [No incluyendo algún momento en que usó el horno para calentar la vivienda durante una pérdida de energía.]

- a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

**SECCION I: ASISTENCIA PÚBLICA O ESTATAL**

La próxima sección se trata de los servicios de asistencia estatales o federales que [usted, el/la niño(a)] haya o no haya recibido en su vivienda. Primero le preguntaré acerca de su experiencia con WIC, luego le preguntaré acerca de SNAP, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario. Por último, le preguntaré acerca de asistencia de pública, también conocido como “welfare.”

1. ¿Alguna vez ha recibido WIC para usted o para este(a) niño(a)?

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

- a  Sí – Actualmente **[Pase a P.2a]**
- b  No
- c  Sí – Anteriormente recibía, pero NO ahora
- xx  NS/Rehúsa **[Pase a P. 2a]** zz  TBD

**2. ¿Cuál es la razón principal por la cual no recibe WIC para este(a) niño(a)?**

- a  No tiene transporte
- b  Se mudó
- c  No tiene dirección / Vive en un refugio
- d  Horas de oficina de WIC / Faltó a una cita
- e  No actualizó sus datos
- f  No conoce el programa
- g  Bebé recién nacido(a)
- h  Problemas burocráticos
- i  WIC no provee fórmula especial / Dieta especial
- j  No sabía que podía recibir WIC por su estado migratorio
- k  Enfermedad del/de la niño(a)
- l  Problemas administrativos
- m  Información errónea sobre las reglas del programa
- n  No quiere WIC / No utiliza la comida de WIC
- o  No necesita WIC / No es elegible por razones de ingresos
- p  Solicitud pendiente de WIC / Tiene planificado solicitar/Necesita re-aplicar
- q  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa zz  TBD

***[SI ACTUALMENTE NO RECIBE WIC, PASE A P. 2b]***

**2a. ¿Ha recibido WIC para este(a) niño(a) continuamente (sin interrupción) desde su nacimiento?**

- a  Sí
- b  No
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

**2b. ¿Recibía [usted/la mamá biológica del/de la niño(a)] WIC durante el embarazo de este(a) niño(a)?**

- a  Sí
- b  No
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

**3. ¿Alguna vez usted o este(a) niño(a) ha recibido beneficios de SNAP?**

*[Entrevistador: Si el/la niño(a) esta cubierto(a) bajo el beneficio de otro miembro de la familia (por ejemplo la abuela), marque como si recibiera la persona responsable (opción c)]*

- a  No, nunca recibió beneficios de SNAP
- b  Recibió SNAP anteriormente, pero NO ahora.

**3a. ¿Alrededor de qué fecha dejó de recibir beneficios de SNAP?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ Mes/Año  
Si "NS/Rehúsa" escriba =xx/xxxx

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

*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 P.6**]
- d  Tiene una solicitud pendiente / Ha solicitado beneficios de SNAP pero le fueron negados / Tiene pensado aplicar [**Pase a P. 9**]
- e  Padre/Madre adolescente – está incluido/a en el beneficio de sus padres [**Pase a P.6**]
- xx  NS/Rehúsa [**Pase a P. 9**]
- zz  TBD

### 4. ¿Cuál es la razón por la cual usted no recibe beneficios de SNAP?

- a  No es elegible debido a sus ingresos / SSI / Cuidado adoptivo temporal (Foster Care) /Manutención del/de la niño(a) [**Pase a P.9**]
- b  Cortaron sus beneficios / Dejó de recibir beneficios de SNAP
- c  Padre/Madre adolescente / Demasiado joven para ser jefe de familia para propósitos de SNAP [**Pase a P. 9**]
- d  Cambió el número de personas en el hogar (que resultó en un aumento de los ingresos en la vivienda)/posee demasiados bienes [**Pase a P.9**]
- e  No es elegible por el estado migratorio / Temor a participar por ICE (USCIS) [**Pase a P.9**]
- f  Razones personales/estigma [**Pase a P.9**]
- g  Demasiado burocracia / Trato recibido en el la oficina de SNAP [**Pase a P.9**]
- h  Una razón relacionada a una mudanza [**Pase a P.9**]
- i  Encarcelación / Problemas legales [**Pase a P.9**]
- j  Perdió custodia legal del/de la niño(a) [**Pase a P.9**]
- k  No sabía que era elegible/No conoce el programa [**Pase a P.9**]
- l  No necesita SNAP [**Pase a P.9**]
- m  Elige no participar [**Pase a P.9**]
- n  Otro \_\_\_\_\_ [**Pase a P.9**]
- xx  NS/Rehúsa [**Pase a P.9**]
- zz  TBD

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

- a  Aumentaron los ingresos [**Pase a P.9**]
- b  Reportó una información errónea / Perdió la cita para actualizar sus datos [**Pase a P.9**]
- c  Fue cortado por una razón relacionada a migración [**Pase a P.9**]
- d  Cambio de trabajo [**Pase a P.9**]

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

- e  Vive con su familia [**Pase a P.9**]
- f  Fraude [**Pase a P.9**]
- g  Problema con la custodia legal del/de la niño(a) [**Pase a P.9**]
- h  Encarcelación / Problemas legales [**Pase a P.9**]
- i  Otro \_\_\_\_\_ [**Pase a P.9**]
- xx  NS/Rehúsa [**Pase a P.9**]
- zz  TBD

**6. ¿Cuánto es su beneficio actual de SNAP?**

[**INDIQUE: ¿Esta cantidad es mensual?**] \$ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_ Si "NS/Rehúsa" escriba =xxxx; TBD = zzzz

**7. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha cambiado el valor de su beneficio de SNAP?**

[Entrevistador: Si más de una respuesta aplica, escoja la más reciente.]

- a  Aumentó      b  Disminuyó      c  No cambió [**Pase a P.9**]
- xx  NS/Rehúsa [**Pase a P.9**]      zz  TBD

**8. ¿Por qué cambió la cantidad de dinero de los beneficios de SNAP? ¿Fue porque...**

- a  Cambio de ingresos de la vivienda / Cambio del pago de "Welfare" (asistencia pública)
- b  Se mudó / Cambió la renta / Vive en un refugio
- c  Nuevo bebé/El número de personas en su vivienda cambió
- d  Reportó información errónea / Perdió la fecha límite
- e  Le cortaron el beneficio de asistencia pública "welfare"
- xx  NS/Rehúsa
- f  Aumento del costo de vida/ Bajaron fondos estatales
- g  Cambió el aporte financiero del padre / Recibe pagos de SSI / Foster care
- h  El programa de estímulo
- i  Estado migratorio de algún miembro de la vivienda
- j  Problemas administrativos o de computadoras
- k  Otro \_\_\_\_\_
- zz  TBD

**9. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, alguna vez ha recibido alimentos de una despensa de comida, ha comido en algún programa de comida gratuita o recibió una donación de comida? Si es así, ¿cuántas veces ha recibido este tipo de ayuda?**

- a  No, nunca      c  Algunos meses pero no todos      xx  NS/Rehúsa
- b  Casi todos los meses      d  Solamente 1 o 2 meses      zz  TBD

[Entrevistador: Utilice una introducción de transición cuando sea necesario: **Casi terminamos con esta sección. Las siguientes preguntas son acerca de asistencia de dinero también conocido como "welfare" [o agregue nombre del programa del estado aquí]**

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

**10. ¿Alguna vez usted o el/la niño(a) ha recibido “welfare” [o agregue nombre del programa del estado aquí]? [INDIQUE: ¿Reciben ambos [persona responsable del cuidado y el/la niño(a)] “welfare” ahora o sólo [el/la niño(a)]?]**

[Entrevistador: Si la persona responsable recibe “welfare” para otro(a) niño(a) (no el que busca cuidado hoy), contesta como si fuera el beneficio de la persona responsable solamente. Si “sólo el niño(a)” y otra respuesta son correctas, marque “sólo el niño(a).”]

<sup>a</sup> No, ni mi hijo(a) ni yo nunca hemos recibido “welfare” [Pase a P.12]

<sup>b</sup> Mi hijo(a) o yo hemos recibido “welfare” anteriormente, pero NO ahora

**10a. ¿Alrededor de qué fecha usted o su hijó dejó de recibir “welfare”?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ [Pase a P.12]

Mes/Año

Si NS/Rehúsa =xx/xxx, TBD = zz/zzzz Si no se acuerda del mes, use el código xx y el año apropiado.

<sup>c</sup> Sí, recibo “welfare” ahora / La solicitud está aprobada-pago pendiente

<sup>d</sup> Tengo una solicitud pendiente / Ha solicitado pero le fue negado / Tiene pensado aplicar [Pase a P.19]

<sup>e</sup> No conozco este programa / No sabe si califica [Pase a P.19]

<sup>f</sup> SÓLO EL NIÑO(A)–Sí, recibo “welfare” actualmente pero sólo para mis hijos / Sí, mi solicitud está aprobada – pago pendiente pero sólo para mi(s) hijo(s) [La persona responsable no esta incluida en el beneficio.]

<sup>g</sup> SÓLO EL NIÑO(A)– Tengo una solicitud pendiente pero sólo para mi(s) hijo(s) / He solicitado beneficios solamente para mis niños pero me los han negado / Tiene pensado aplicar [La persona responsable no esta incluida en el beneficio.] [Pase a P.19]

<sup>xx</sup> NS/Rehúsa [Pase a P.19]

<sup>zz</sup> TBD

**11. ¿Por cuánto tiempo[usted o el/la niño(a)] ha estado recibiendo “welfare”?**

\_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

[Si sólo el/la niño(a) recibe ‘welfare’, =77 años/ 77 meses], [NS/Rehúsa= xx años/ xx meses; TBD = zz/años zzmeses]

**SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE PASE A P.14**

**12. ¿Cuál [fue/es] la razón por la cual usted [no recibe/dejó de recibir] “welfare”?**

a. Razones personales /Trato en la oficina de welfare

b. Demasiados trámites

c. Razones relacionadas con el estado migratorio

d. Tiene / Obtuvo trabajo (empezó un trabajo nuevo) / Su ingreso se incrementó

e. Situación de vivienda cambió / Otras personas en la vivienda ganan lo suficiente para las necesidades / Aumentaron los ingresos de la vivienda / Recibe SSI

f. No quiso usar todo el tiempo límite de “welfare”

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- g. Cumplió el tiempo límite
- h. Le eliminaron de “welfare” / No cumplió con los requisitos de “welfare” / No proveyó la información solicitada a la oficina de “welfare” **Pase a P.4**
- i. Padre / Madre adolescente
- j. No es elegible
- k. Elije no participar / No necesita
- l. Llegó al límite de niños cubiertos por el beneficio (‘family cap’)
- m. Información errónea sobre las reglas del programa
- n. Razones relacionada con una mudanza
- o. Problemas legales
- p. Pérdida de custodia (niño(a) vive con otro padre o bajo la custodia del estado)
- q. No quiere completar la documentación obligatoria para recibir manutención de los hijos(as) / No quiere solicitar manutención al padre.
- r. Otro \_\_\_\_\_  
Rehúsa
- xx. NS/Rehúsa
- zz. TBD

***SI “SÓLO EL/LA NIÑO(A)” PASE A P.15 A MENOS DE QUE RESPONDA ‘SÍ’ A LA OPCIÓN “H” – ENTONCES CONTINÚE A P.13***

***SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE, PASE A P. 14***

***SI NO RECIBE WELFARE PASE A P.19—A MENOS DE QUE CONTESTE “SÍ” A LA OPCIÓN “G”, ENTONCES PASE A P.13***

### 13. ¿Cuál fue la razón por la cuál le cortaron el “welfare?” Fue porque usted...

- a. ¿Perdió la fecha límite de recertificación / No entregó los documentos requeridos?
- b. ¿No cumplió con algún requisito de “welfare” como la de empleo o la búsqueda de trabajo?
- c. SOLAMENTE PARA MA: ¿No proveyó la información necesaria sobre las vacunas [del/de la niño(a)]?
- d. ¿No cumplió con los requisitos de estudios o vivienda para padres adolescentes?
- e. ¿Algún niño en la vivienda no cumplió con los requisitos de asistencia escolar?
- f. No dio información / Actualizó su información en la oficina de “welfare”
- g. No tiene dirección permanente
- h. No quiere completar la documentación sobre la manutención del niño(a)
- i. Otra razón \_\_\_\_\_

***SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE, CONTINUE A P.14***

***SI ACTUALMENTE NO RECIBE WELFARE, PASE A P.19***

***SI “SÓLO EL/LA NIÑO(A)” PASE A P.15***

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

14. ¿Usted está inscrito en un “work-fare” (trabajo requerido), entrenamiento de trabajo, servicio comunitario o estudios como requisito del “welfare?” [INDIQUE: Marque todas las respuestas que correspondan.]

- a  Sí - trabajo requerido      b  Sí- entrenamiento de trabajo  
c  Sí- búsqueda de trabajo      d  Sí- servicio comunitario  
e  Sí - estudios      f  No  
xx  NS/Rehúsa      zz  TBD

15. ¿Cuánto dinero recibe de “welfare” mensualmente, no incluyendo los beneficios de SNAP?

[INDIQUE: ¿Este es el total de “welfare” por un mes, no SNAP?]

\$ \_\_\_\_\_ Sí “NS/Rehúsa”, escriba =xxxx; TBD = zzzz

**SI “SÓLO EL/LA NIÑO(A)” PASE A P.19**

16. ¿[Este(a) niño(a)] está cubierto/a por el beneficio?

- a  Sí [Pase a P.18 (AR/MA)/ P.19 (PA,MN,MD)]      b  No  
xx  NS/Rehúsa [Pase a P. 18 (AR/MA)/ P.19 (PA,MN,MD)]      zz  TBD

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

- a  Ocurrió otro embarazo mientras recibía “welfare” (“family cap”)  
b  Recibe SSI / Cuidado adoptivo temporal (“foster care”) / Recibe manutención de/la niño(a)  
c  No está cubierto debido al estado migratorio de la familia  
d  No lo necesita económicamente  
e  Demasiados trámites para recibirlo / No quiere recibirlo  
f  Tiene una solicitud pendiente / Tiene pensado aplicar  
g  No han añadido al/la niño(a) todavía  
h  Está apoyado/financiado por un pariente  
i  No es elegible  
j  Otro \_\_\_\_\_  
xx  NS/Rehúsa  
zz  TBD

**VIVIENDAS CON SOLAMENTE 1 NIÑO, PASE A P. 19/ PASE SI NO RECIBE BENEFICIOS**

**LA PREGUNTA 18 = PARA AR y MA SOLAMENTE**

18. ¿En su vivienda vive algún otro hijo suyo? Si su respuesta es Sí, ¿hay algún hijo que **NO** este cubierto por el beneficio debido a la política de límite familiar (“family cap”)?

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

a  Sí                      b  No                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**19. ¿Alguna persona en su vivienda, recibe “SSI-disability” (SSDI)?**

a  Sí                      b  No [Pase a SECCIÓN J]                      xx  NS/Rehúsa [Pase a SECCIÓN J]                      zz  TBD

**19a. Si la respuesta es Sí: ¿quién lo recibe?** [Entrevistador: Si hay otro adulto miembro de la familia que reciba SSI y el beneficio está pendiente para otra persona de la vivienda, marque quien actualmente lo reciba y continúe a P.14a]

<p>a <input type="checkbox"/> Sí, recibe SSI para sí mismo (persona responsable) u otro(a) niño(a)</p> <p>b <input type="checkbox"/> Sí, recibe SSI para este(a) niño(a)</p> <p>c <input type="checkbox"/> Sí, recibe SSI para ambos (persona responsable y este/a niño(a))</p> <p>d <input type="checkbox"/> Sí, otro miembro de la vivienda recibe SSI</p>	<p>d <input type="checkbox"/> Pendiente / Tiene una solicitud aprobada para sí mismo u otro(a) niño(a)</p> <p>f <input type="checkbox"/> Pendiente/Tiene una solicitud aprobada para esta niño(a)</p> <p>xx <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa</p> <p>zz <input type="checkbox"/> TBD</p>
--	---

**SECCIÓN J: EL EMPLEO Y EL CUIDADO DEL/DE LA NIÑO/NIA**

Esta es la penúltima sección. Las próximas preguntas son acerca del estado de su empleo y el cuidado de [NOMBRE del/de la niño(a)]

**1. ¿Tiene usted empleo, aunque sea temporal, o tiene un permiso oficial para no trabajar, o está de 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]

a  Sí                      b  No                      xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**1a. Si es así, ¿Cuántos trabajos tiene usted?**

**trabajos**

tiene trabajo escriba “0”y **pase a P. 5**

Si NS/Rehúsa = xx; TBD = zz]

[Si no

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

[Si trabaja de vez en cuando indique=77, si está de licencia por maternidad indique=88, Si NS/Rehúsa indique=xx; TBD = zz]

**OPCION #1: SI LA PERSONA RESPONSABLE TRABAJA**

**3. ¿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 complete sólo una opción o espacio]

Trabajador por horas \$ \_\_\_\_\_ /hora Código: xxx.xx = NS/Rehúsa; zzz.zz =TBD



## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

Trabajador asalariado \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ /semana

Código: xx,xxx.xx = NS/Rehúsa; zz,zzz.zz = TBD

o \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ /mes xx,xxx.xx = NS/Rehúsa; zz,zzz.zz = TBD

o \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ /año xxx,xxx.xx = NS/Rehúsa; zz,zzz.zz = TBD

4. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha cambiado la cantidad de horas que ha trabajado en este trabajo o de cualquiera de sus otros trabajos? [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.]

a  Disminuyeron [Pase a P.6] c  No hubo cambio [Pase a P.7] xx  NS/Rehúsa [Pase a P.7]  
b  Aumentaron [Pase a P.7] d  Dejó de trabajar [Pase a P.6] zz  TBD

### **OPCIÓN #2: SI LA PERSONA RESPONSABLE NO TRABAJA**

5. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha estado empleado?

a  Sí b  No [Pase a P.7] xx  NS/Rehúsa [Pase a P.7] zz  TBD

6. ¿Cuál fue la razón principal por la que redujo sus horas de trabajo o dejó de trabajar?

[Entrevistador: Puede marcar más de una respuesta.]

- a  No estaba satisfecho con el trabajo /Le ofrecieron otro trabajo  
b  Reducción de personal  
c  El trabajo era temporal/por estaciones  
d  Transporte / Muy lejos  
e  Fue despedido  
f  Estudios / Entrenamiento  
g  Problemas con el cuidado de los niños  
h  Embarazo / Licencia de maternidad  
i  Decidió quedarse en casa con los/las niño(a)(s)  
j  No estaba satisfecho con las horas/pago  
k  Enfermedad / Lesión de mi hijo(a)  
l  Enfermedad / Lesión de otro pariente  
m  Enfermedad / Lesión propia  
n  Empleador anunció bancarrota  
o  Otras obligaciones personales  
p  Empleador vendió el negocio  
q  Razones relacionadas con la migración  
r  Aumentaron las horas en otro trabajo

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- s  Negocio está lento
- t  Mudanza / Relacionado con mudanza
- u  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

7. [Únicamente para las personas responsables que esten empleadas.] **¿Cuántos días de pago le corresponde al año por enfermedad?**

\_\_\_ \_\_\_ Días Si TBD, código = zz; si NS/Rehúsa, código = xx

8. **¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, recibió algún beneficio de desempleo del estado?**

- a  Sí
- b  Sí – Antes recibía beneficios de desempleo pero NO en la actualidad
- c  No
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

9. **¿INCLUYÉNDOSE a usted, 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(a) niño(a).** [Entrevistador: Si viven en un refugio, sólo incluya al grupo familiar.]

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

10. **Ahora me gustaría preguntarle sobre el dinero que ingresa en su vivienda, incluyendo el dinero de trabajos, pensiones, seguros de desempleos, beneficios financieros de programas de asistencia, pensión alimenticia y dinero para manutención del/de la 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...**

[INDIQUE cuando sea necesario – su vivienda incluye a todas las personas que viven con usted y que comparten recursos. Para aquellas familias que vivan en un refugio, incluya solamente aquellos miembros inmediatos del núcleo familiar.]

- a  Menos de \$1,000
- b  \$1,000 - \$1,999
- c  \$2,000 - \$2,999
- d  \$3,000 - \$3,999
- e  \$4,000 o más
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

11. **¿Usted tiene cuenta de cheques y/o ahorros activa?**

- a. una cuenta de cheques? a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD
- b. una cuenta de ahorros? a  Sí b  No xx  NS/Rehúsa zz  TBD

[Si las respuestas son SI a ambas preguntas, pase a P.13]

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**12. [Si la respuesta es NO a P.11a. o P.11b.] De las siguientes razones ¿por qué no tiene una cuenta de cheques o/y cuenta de ahorros? [Entrevistador: Marque todas las respuestas que correspondan.]**

- a  No tiene suficiente dinero para que valga la pena abrir una cuenta
- b  No le gusta tratar con bancos
- c  Las tarifas de banco son muy altas
- d  Horarios o ubicación no convenientes
- e  Los bancos no le dejaron abrir una cuenta
- f  No quiere compartir su información personal
- g  No quiere una cuenta bancaria porque le preocupa su situación con TANF/SNAP/Otros beneficios
- h  Solicitud pendiente del banco/tiene planificado solicitar
- i  No podía mantener la cuenta (incluyendo por sobregiros)
- j  Robo de identidad/actividad fraudulenta en la cuenta
- k  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

**13. Por favor indique si usted ha hecho alguna de las siguientes en el último año. [Entrevistador: Lea cada pregunta y marque la respuesta correspondiente.]**

**a. ¿Ha obtenido un préstamo de día de pago (“payday”) a corto plazo?**

- a  Sí                      b  No    xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**b. ¿Ha obtenido un adelanto de la devolución de sus impuestos? A veces, esto es conocido como préstamo de reembolso anticipado o reembolso rápido.**

- a  Sí                      b  No    xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**c. ¿Ha utilizado una casa/tienda de empeño (“pawn shop”)?**

- a  Sí                      b  No    xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**d. ¿Ha utilizado un negocio/tienda de renta con opción a compra (“rent-to-own”)?**

- a  Sí                      b  No    xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**e. ¿Ha utilizado un servicio de cambio de cheques?**

- a  Sí                      b  No    xx  NS/Rehúsa                      zz  TBD

**Las siguientes preguntas son acerca del cuidado del/de la niño(a) durante una semana típica.**

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

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

**SEMANA durante el mes pasado.** [Entrevistador: Si se usó más de un arreglo de manera regular, pregunte qué arreglo fue usado la mayoría de las veces.]

- a  Head Start / Early Head Start
- b  Centro de cuidado infantil / Pre escolar
- c  Proveedor de guardería familiar (cuida dos o más niños fuera de la casa)
- d  La madre/el padre permanece en casa al cuidado del/la niño(a) [Pase a P.16]
- e  Un familiar que vive en su casa
- f  Un familiar que NO vive en su casa
- g  Persona no relacionada como un amigo, vecino, niñera, etc.
- h  La persona responsable lleva al niño(a) a su trabajo o a la escuela [Pase a P.16]
- i  Programa de Intervención Temprana
- j  Cuidados de enfermería
- k  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa [Pase a la P.16]
- zz  TBD

**15. ¿Cuántas horas a la SEMANA pasa el/la niño(a) en el cuidado de alguien más mientras usted está trabajando o en la escuela? \_\_\_\_ horas** Sí "NS/Rehúsa" escriba =xxx; TBD = zzz

**16. ¿Quién provee los alimentos para [su/este] niño(a) cuando [él/ella] está en este tipo de arreglo para su cuidado?**

- a  Padres / Persona responsable
- b  Guardería
- c  Ambos (padre/persona responsable y guardería)
- d  No recibe comida
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

**17. ¿Los problemas para obtener cuidado infantil hacen que le sea difícil poder trabajar o estudiar?**

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

**17a. Si la respuesta es SI ¿los problemas para obtener cuidado infantil significan que a usted...**

- a  No le permita trabajar/trabajar más horas (adicionales)?
- b  No le permita asistir a clases en la escuela o universidad?
- c  Otro \_\_\_\_\_
- d  No
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

18. [Omita esta pregunta si la persona responsable se queda en casa o lleva el/la niño(a) al trabajo] ¿Alguién le ayuda a pagar algún gasto de los arreglos del cuidado para [su/el/la] niño(a)? Es decir si usted recibe asistencia de una agencia gubernamental, su empleador, un pariente o amigo, si tiene un vale o paga de acuerdo a sus ingresos.

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

19. ¿Quién le ayuda a pagar por el cuidado de este(a) niño(a) / la guardería de [nombre del/de la niño(a)] o el preescolar? [Entrevistador: Si el entrevistado indica más de una respuesta, pídale nombrar la agencia o persona que ha contribuido más.]

- a  Gobierno o tarifas ajustables (federal, estatal, o agencia gubernamental local, o asistencia pública "welfare") [Pase a P. 22]
- b  El padre/ la madre [Entrevistador: La persona que NO está siendo entrevistada.]
- c  Otro familiar o amigo
- d  Empleador
- e  No paga por la guardería
- f  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

20. ¿Actualmente, usted está en la lista de espera para obtener subvención para cuidado infantil?

a  Sí                      b  No [Pase a P.21]    xx  NS/Rehúsa [Pase a P.21]    zz  TBD

20a. (Sólo para subvención) ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado en la lista de espera para recibir una subvención para cuidado infantil?

\_\_\_\_\_ meses  
[Entrevistador: Convierta los años en meses] [Pase a P.22]  
Si "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

21. ¿Por qué no recibe subvención para cuidado infantil? [Pregunte a las personas que NO estén en lista de espera o recibiendo subvención.]

- a  La lista de espera está cerrada
- b  No puede pagar los co-pagos
- c  No es elegible debido a 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 turno son inconsistentes.
- f  Molestia / Agobio administrativo
- g  Se terminaron los fondos de financiación / Recorte presupuestario del estado
- h  No puede pagar transporte o no hay guarderías cerca de la casa

## FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- i  La guardería de su preferencia no está certificada para aceptar subvención (por ejemplo, una guardería familiar o amigos)
- j  Elige quedarse en casa con su niño(a)
- k  Tiene pensado aplicar/Tiene una solicitud pendiente
- l  No conoce el programa [**Pase a la Sección K**]
- m  No lo quiere
- n  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

### 22. ¿Durante los últimos dos años le han quitado una subvención para cuidado infantil?

- a  Sí
- b  No [**Pase a la Sección K**]
- xx  NS/Rehúsa [**Pase a la Sección K**]
- zz  TBD

#### 22a. ¿Por qué le quitaron la subvención para cuidado infantil?

- a  Dejó de recibir beneficios de “welfare” y se terminó el período de prioridad de estado
- b  Aumento de ingresos
- c  Perdió su empleo / Dejó de trabajar
- d  Verano – no hay escuela
- e  Se terminaron los fondos de financiación / Recorte presupuestario del estado
- f  Problemas administrativos
- g  No pudo encontrar una guardería adecuada o de su satisfacción
- h  No tiene un horario de trabajo fijo / No trabaja las horas suficientes para recibir este beneficio
- i  No puede pagar los co-pagos
- j  Necesita re-aplicar / Perdió el plazo para actualizar sus datos
- k  Reportó información errónea
- l  Otro \_\_\_\_\_
- xx  NS/Rehúsa
- zz  TBD

## SECCION K: INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS

**Ya casi estamos acabando. Muchas gracias por su tiempo y participación. Esta última sección es acerca de 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 indicarme que información le interesaría recibir. [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.]**

**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

**1. ¿Desea usted información sobre programas o servicios en la comunidad, como.....?**

*[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.]*

a.	<b>Lista de recursos en su comunidad</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
b.	<b>Guarderías e información para familias que no reciben servicios</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
c.	<b>WIC</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
d.	<b>Información sobre programas que ofrecen ayuda para pagar los servicios de su vivienda</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
e.	<b>Recursos para víctimas de violencia doméstica</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
f.	<b>SNAP – el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
g.	<b>Seguro Médico / Cuidados médicos</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
h.	<b>Vivienda subvencionada</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
i.	<b>Información sobre refugios para los que no tienen vivienda / Refugios para mujeres</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
j.	<b>Programas de comida caliente/ Programas de alimentos de emergencia / Alimentos de bajo precio</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
k.	<b>Información sobre el empleo / Programas de entrenamiento</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
l.	<b>Información sobre depresión o servicios para salud mental</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
m.	<b>Servicios de intérpretes</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
n.	<b>Trabajador social / Servicios sociales</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
o.	<b>Servicios legales / Ayuda con problemas de vivienda, ayuda financiera para el/la niño(a), problemas de migración</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
p.	<b>Información sobre nutrición</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
q.	<b>Servicios del hospital</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
r.	<b>Información sobre el desarrollo del/la niño(a)</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
s.	<b>“Welfare” / Asistencia de dinero / TANF</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
t.	<b>Cursos para dejar de fumar</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
u.	<b>Programa de Intervención Temprana</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
v.	<b>Otros programas educativos: inglés como segundo idioma; programa de asistencia con la matrícula etc.</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
w.	<b>SSI</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
x.	<b>Seguros dentales / Cuidados dentales</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
y.	<b>Seguros de salud y cuidados para adultos</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
z.	<b>Pañales</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
aa	<b>¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de asistencia? [Sólo para algunos sitios]</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
ab	<b>Otro _____</b>	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No

FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

**SECCIÓN L**

**ASISTENCIA (Específica para cada sitio)**

**¡RECUERDE HACER ESTAS PREGUNTAS SI APLICAN A LA SITUACION 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 compartirían 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 decisiones políticas sobre las familias, frecuentemente les gusta escuchar cómo sus programas afectan a las familias con niños. ¿Estaría usted dispuesto(a) a compartir su historia con un reportero o alguien de la prensa?**

<sub>a</sub> Sí

<sub>b</sub> No

**B. ENTREVISTADOR:** *Por favor anote brevemente la experiencia (positiva o negativa) de la familia 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? Tenemos un trabajador(a) social que brinda ayuda a las familias que entrevistamos que tienen preguntas o necesitan información. ¿Podría esta persona comunicarse con usted para ayudarle con su situación?**

<sub>a</sub> Sí

<sub>b</sub> No

**D. ENTREVISTADOR: ¿Qué información específica necesitará la familia del trabajador(a) social?**  
*[Por favor apunte aquí qué folletos/volantes usted ya le entregó a la familia. Esto ayuda al trabajador(a) social proveer la mejor asistencia posible. Si la familia no se siente cómoda compartiendo con usted la necesidad específica que quiere hablar con el trabajador(a) social, no le presione – sólo asegúrese que tiene los datos correctos para contactarse con la familia.]*

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

**E. Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono1:** \_\_\_\_\_

**Teléfono2:** \_\_\_\_\_

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

<sub>a</sub> ¿Está bien dejar un mensaje?



**FINAL: 2013 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY**

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

FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

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

Firma de la persona responsable del niño(a): \_\_\_\_\_

Número de Certificado de regalo: # \_\_\_\_\_

**Lista de Documentos**

- HIPAA
- Lista de verificación de elegibilidad
- Consentimiento
- Documentación de proceso de consentimiento
- Tarjeta de regalo (sino, permita la versión electrónica)