

MODULO PRINCIPAL

Pre-Selección - Archivo Medico (EHR)

N.º de identificación (Archivo) de la entrevista: _____

Identificación del participante: _____

Sitio: 2 ☐ Boston 3 ☐ Little Rock 5 ☐ Minneapolis 7 ☐ Philadelphia

¿Nombre del niño/de la niña? _____

¿Es una niña o niño? 1 ☐ Niño 2 ☐ Niña

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

____/____/____ 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

Tipo de visita

1 ☐ Agudo/sin cita

2 ☐ Estándar/Programado/Niño sano

3 ☐ Emergencia

4 ☐ Otro (favor especifique): _____

[NR] Peso: _____. ____lb/kg 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

[NR] Altura: _____. ____pulgadas /cm 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

1 ☐ Supino

2 ☐ Parado

[NR] Internado(a) en el hospital: 1 ☐ Sí 2 ☐ No 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

¿Hay alguna razón para INELIGIBILIDAD, hasta este punto?

1 ☐ NO, el cuidador es elegible –la entrevista puede continuar

2 ☐ El idioma del entrevistador y del cuidador son diferentes (favor especifique): _____

3 ☐ Fue entrevistado menos de hace seis meses

[NR] Idioma de la entrevista: 1 ☐ Inglés 2 ☐ Español

Screening Status

1 ☐ Patient Unavailable

NOTA DE PROGRAMACION: P1 y P2 serán auto pobladas en REDCap de la información en la Sección Pre-Selección.

Preguntas De Selección

1. ¿Es una niña o niño? ☐ Niño ☐ Niña

¿Nombre del niño/de la niña? _____

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ____/____/____

3. ¿Cuál es su relación con él/ella?

☐ Madre [BIOLOGICA]

☐ Madre/padre adoptivo temporal

☐ Padre [BIOLOGICO]

☐ Abuela/abuelo

☐ Otro (favor, especifique): _____

☐ Tía/tío

☐ Madre/padre adoptivo

☐ Otro familiar (incluyendo padrinos)

4. ¿Es usted la persona responsable del cuidado del niño/de la niña?
[INDIQUE: ¿Tiene usted la custodia legal de este/a niño(a) o es usted responsable del bienestar del/de la niño(a)?]

SI NO

☐ ☐ SI NO, NO ES ELEGIBLE

5. ¿Vive usted en la misma vivienda que este(a) niño(a)?

☐ ☐ SI NO, NO ES ELEGIBLE

6. ¿Vive usted en este estado?

☐ ☐ SI NO, NO ES ELEGIBLE

Preguntas 7 y 8 deben ser completadas por el entrevistador para todos los participantes.

7. [ENTREVISTADOR: ¿Hay alguna otra razón por inelegibilidad?] [COMPLETAR PARA TODO PARTICIPANTE]

☐ SI [SI, si , TERMINE ENTREVISTA]

☐ NO

Por favor, indique la razón de inelegibilidad:

8. ¿Acepto el encargado del niño(a) a la entrevista?

☐ SI ☐ NO [SI NO, TERMINE ENTREVISTA]

SECCIÓN B – Datos Demográficos

Las siguientes preguntas son sobre 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.]

1. En qué año nació [usted/la madre BIOLÓGICA de este niño(a)]? Año: _ _ _ _ _

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

[PASE a la P2 si habla con la madre biológica SI la P3 en Sección A = respuesta 1; cualquier otra respuesta continúe con P1a.]

a. ¿En qué año nació usted? [ENTREVISTADOR: para otras personas responsables del niño(a)]

_____ año

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

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

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

3. ¿En que país nació [el/la niño(a)]?

1 ☐ USA

7 ☐ Haití

16 ☐ Trinidad

10 ☐ Otro (favor especifique): _____

2 ☐ Puerto Rico

8 ☐ México

13 ☐ Honduras

99 ☐ NS/Rehúsa

3 ☐ Cabo Verde

9 ☐ Somalia

17 ☐ Vietnam

66 ☐ TBD

4 ☐ República Dominicana

11 ☐ Estadounidense nacido en el extranjero

14 ☐ Jamaica

5 ☐ El Salvador

15 ☐ Nigeria

18 ☐ Islas Marshall

4. ¿En que país nació [usted/la madre BIOLÓGICA del niño(a)]?

1 ☐ USA **[PASE a la P. 6]**

7 ☐ Haití

16 ☐ Trinidad

10 ☐ Otro (favor especifique): _____

2 ☐ Puerto Rico

8 ☐ México

13 ☐ Honduras

99 ☐ NS/Rehúsa

3 ☐ Cabo Verde

9 ☐ Somalia

17 ☐ Vietnam

66 ☐ TBD

4 ☐ República Dominicana

11 ☐ Estadounidense nacido en el extranjero

14 ☐ Jamaica

5 ☐ El Salvador

15 ☐ Nigeria

18 ☐ Islas Marshall

5. ¿En qué año llegó [usted/la madre BIOLÓGICA] a los Estados Unidos? Año: _ _ _ _
99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

6. a) ¿[Usted/la madre BIOLÓGICA] se considera de origen hispana, latina o española?
(INDIQUE: ¿Tiene orígenes en la República Dominicana, Puerto Rico, México, Centro o Sur América o España?)
1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

b.Cuál de las siguientes describe mejor [su raza/la raza de la madre BIOLÓGICA]?
Puede escoger más de una respuesta.

	1 SI	2 NO	99 NS/ Rehúsa	66 TBD
a. Asiática o Isleña del Pacífico	☐	☐	☐	☐
b. Negra o afroamericana	☐	☐	☐	☐
c. Somalí	☐	☐	☐	☐
d. Blanca o caucásica	☐	☐	☐	☐
e. Americano nativo o indígena	☐	☐	☐	☐
f. Brasileña	☐	☐	☐	☐
g. Caboverdiano	☐	☐	☐	☐
h. Haitiana	☐	☐	☐	☐
i. Jamaicana o antillana	☐	☐	☐	☐
j. Otro (favor especifique): _____	☐	☐	☐	☐

7. ¿ En que país nació [usted/el otro padre del niño(a)]?
[ENTREVISTADOR: Si está hablando con un cuidador que no sea la madre biológica, diga 'usted']

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 1 ☐ USA [SKIP TO Q8] | 7 ☐ Haití | 16 ☐ Trinidad | 10 ☐ Otro (favor especifique): _____ |
| 2 ☐ Puerto Rico | 8 ☐ México | 13 ☐ Honduras | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| 3 ☐ Cabo Verde | 9 ☐ Somalia | 17 ☐ Vietnam | 66 ☐ TBD |
| 4 ☐ República Dominicana | 11 ☐ Estadounidense nacido en el extranjero | 14 ☐ Jamaica | |
| 5 ☐ El Salvador | 15 ☐ Nigeria | 18 ☐ Islas Marshall | |

5a. ¿En qué año llegó usted a los Estados Unidos?

[ENTREVISTADOR: Si no estas entrevistando a la madre BIOLÓGICA haz esta pregunta para todas otras personas responsables del niño(a)]

_____ año

99 ☐ DK/Refused

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI se selecciona Español en “Idioma de la Entrevista”
ENTONCES se le pregunta al participante “Habla usted otro idioma aparte del Español en casas? Y la opción 1 para la P8a debe ser Ingles.

8. ¿Habla Usted otro idioma aparte del español en la casa?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [*PASE a la P.9*] 9 ☐ NS/Rehúsa [*Pase a la P.9*] 66 ☐ TBD

a. ¿Cuál es este idioma? [INDIQUE: Por ejemplo: Ingles, Criollo Haitiano, Somalí, etc.]:

1 ☐ Inglés	6 ☐ Criollo Caboverdiano
2 ☐ Somalí	7 ☐ Otro (<i>favor especifique</i>): _____
3 ☐ Portugués	99 ☐ NS/Rehúsa
4 ☐ Criollo Haitiano	66 ☐ TBD

b. ¿Qué tan bien habla Ud. el inglés?

1 ☐ Muy bien	4 ☐ No hablo nada de inglés
2 ☐ Bien	99 ☐ NS/Rehúsa
3 ☐ No muy bien	66 ☐ TBD

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

1 ☐ Soltero(a) (vive solo)	6 ☐ Convivencia (vive con alguien)
2 ☐ Casado(a)	99 ☐ NS/Rehúsa
3 ☐ Separado(a)/Divorciado(a)/Viudo(a)	66 ☐ TBD

10. ¿Qué sexo le asignaron al nacer, en su certificado de nacimiento original?

1 ☐ Hombre	99 ☐ NS/Rehúsa
2 ☐ Mujer	66 ☐ TBD

11. ¿Cómo describes a su identidad de género?

1 ☐ Hombre	4 ☐ No me identifico como mujer, hombre o transgénero
2 ☐ Mujer	99 ☐ NS/Rehúsa
3 ☐ Transgénero	66 ☐ TBD

12. ¿Tu te consideras como...?

- 1 ☐ Heterosexual
- 2 ☐ Gay o lesbiana [**INDIQUE:** *Atracción hacia personas de el mismo sexo*]
- 3 ☐ Bisexual
- 4 ☐ Transgénero, transexual o género no conforme
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

13. ¿Cuál de los siguientes mejor describe su nivel de educación? [ENTREVISTADOR:

"Algo de estudios técnicos o universitarios" incluye a participantes actualmente inscritos(as) en una educación superior o técnica.]

- 2 ☐ Algunos años de la secundaria o menos
- 3 ☐ Secundaria completa o GED
- 4 ☐ Algo de estudios técnicos o universitarios
- 5 ☐ Graduado universitario
- 6 ☐ Maestría o más
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

SECCIÓN C – Salud Del Niño(a)

Las siguientes preguntas son sobre el historial de salud de [el/la niño(a)]:

1. ¿Cuánto pesó [el/la niño(a)] al nacer? ____ lb ____ oz

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

2. ¿A las cuántas semanas de embarazo nació [el/la niño(a)]? ____ semanas

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

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

3. ¿Este bebé fue amamantado alguna vez? [**INDIQUE:** ¿O se lo alimentó con leche materna, incluso a través de biberón, taza o sonda G?]

1 ☐ SI, anteriormente

2 ☐ NO [**PASE a la P5**]

3 ☐ Todavía amamanta/recibe leche materna

99 ☐ NS /Rehúsa [**PASE a la P5**]

66 ☐ TBD

4. (Si, sí) ¿Durante cuántos meses fue amamantado o se le ha alimentado con leche materna? [**INDIQUE:** Incluso a través del taza o tubo G] _____ meses

[**ENTREVISTADOR:** Si todavía está amamantando, < 1 mes, o NS/Rehúsa favor de dejar en blanco y seleccionar una de las siguientes opciones]

1 ☐ Todavía está amamantando

2 ☐ <1 mes

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

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

1 ☐ Excelente

3 ☐ Regular

99 ☐ NS/Rehúsa

2 ☐ Buena

4 ☐ Mala

66 ☐ 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 admisiones relacionadas con la visita actual visita (por ejemplo, si la persona responsable sabe que el/la niño(a) será internado(a) durante esta visita). **No incluya la hospitalización después de nacer para los niños nacidos prematuros**]

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI el/la niño(a) tiene <4 meses el día de la entrevista PASE a la P. 11 en Sección D – Desarrollo Infantil.

7. En general, ¿cómo describiría Ud. la salud de la boca y los dientes de su niño(a)?

1 ☐ Excelente

3 ☐ Regular

99 ☐ NS/Rehúsa

2 ☐ Buena

4 ☐ Mala

66 ☐ TBD

SECCIÓN D – Desarrollo Infantil (4-48 meses)

[ENTREVISTADOR: SI el/la niño(a) tiene <4 meses el día de la entrevista PASE a la P. 11]

1. Por favor, indique cualquier preocupación sobre el aprendizaje, desarrollo y comportamiento de su hijo(a). [Escriba notas en la sección de notas para registrar preocupaciones específicas.]

Preocupaciones: _____

1 ☐ Sí, la persona responsable enumera sus preocupaciones.

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

2 ☐ No, la persona responsable no enumera ninguna preocupación sobre el desarrollo del niño.

Ahora voy a leerle preocupaciones específicas que los cuidadores pueden tener o no con respecto al desarrollo de sus hijos. Para cada afirmación, responda *sí, no, un poco o no lo sé*.

[ENTREVISTADOR: Antes de la pregunta 6 repita el nivel de respuesta al entrevistado: “Recuerde, para cada afirmación, responda *sí, no, un poco o no lo sé*”].

Do you have any concerns about how your child:

	1 ☐ Sí	2 ☐ NO	3 ☐ UN POCO	99 ☐ NS/Rehúsa	66 ☐ TBD
2. hace los sonidos del habla?					
3. entiende lo que le dicen?					
4. usa sus manos y sus dedos para hacer las cosas?					
5. usa sus piernas y sus brazos para hacer las cosas?					
6. se comporta?					

7. se relaciona con otras personas?					
8. está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo(a)?					
9. está aprendiendo las habilidades preescolares o escolares?					

10. Por favor, indique cualquier otra preocupación.

₁ ☐ SI, la persona responsable enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.

₂ ☐ NO, la persona responsable no enumera otras preocupaciones sobre el desarrollo del niño.

₃ ☐ La persona responsable solo enumera preocupaciones sobre la salud aguda, no sobre el desarrollo.

₉₉ ☐ NS/Rehúsa

₆₆ ☐ TBD

11. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido inscrito(a) en o referido(a) a un programa de Intervención Temprana (Early Intervention o 'EI') u otro programa de intervención del habla, habilidades de motivación o comportamiento?

₁ ☐ Actualmente está en EI/Actualmente está en otro programa de intervención

₂ ☐ Estuvo en el pasado estuvo en EI /Estuvo en el pasado en otro programa de intervención

₃ ☐ Referido a EI, pero nunca inscrito

₄ ☐ NO

₉₉ ☐ NS/Rehúsa

₆₆ ☐ TBD

SECCIÓN E – Evaluación de Niños con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud

Aún los niños más pequeños pueden tener problemas de salud, inquietudes o condiciones que pueden afectar su conducta, aprendizaje, crecimiento o 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.

1. ¿Actualmente su niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, una enfermera u otro proveedor de salud que no sean vitaminas? [INDIQUE: Por ejemplo, ¿su hijo(a) usa un inhalador, un inyector de epinefrina (EpiPen) u otras medicinas especiales?]

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 2] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 2] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 2] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 2] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

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

[INDIQUE: Por ejemplo, ¿visitas con un especialista o visitas de seguimiento adicionales con un médico o porque usa una sonda G?]

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 3] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 3] 66 ☐ TBD

a. ¿Es esta necesidad de su niño(a) de atención médica, servicios de salud mental o servicios educativos debido a alguna condición médica, de conducta u otra enfermedad?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 3] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 3] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

3. ¿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 hacer?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 4] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 4] 66 ☐ TBD

a. ¿Es su limitación por ALGUNA condición médica, de conducta u otra enfermedad?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 4] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 4] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

4. ¿El/La niño(a) necesita o recibe alguna terapia especial como terapia física, ocupacional o del habla, incluso de Intervención Temprana?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 5] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 5] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 5] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 5] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

5. ¿El/La niño(a) tiene algún problema emocional, de desarrollo o de conducta por el cual necesite tratamiento o terapia? [INDIQUE: Por ejemplo, ¿Usted recibe ayuda para apoyarle con la conducta de su hijo(a)?]

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 6] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 6] 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/ Rehúsa 66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/ Rehúsa 66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI las respuestas a las preguntas 1b, 2b, 3b, 4b y 5a son SI o TBD entonces continúe; de otra forma PASE a la Sección F.

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

7. ¿Alguna vez algún médico le ha dicho que [NOMBRE del niño(a)] tuvo...

	1SI	2NO	99NS/ Rehúsa	66TBD
a. algún retraso en el desarrollo?	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐
b. problemas del habla o lenguaje?	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐
c. asma?	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐
d. alguna otra enfermedad crónica de los pulmones, como displasia broncopulmonar (DBP)?	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐
e. alergias a algún alimento?	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐
f. Otro (favor especifique):_____	1 ☐	2 ☐	99 ☐	66 ☐

SECCIÓN F – Seguro de Salud y Acceso a la Atención de la Salud

Ahora hablaremos sobre el seguro médico de su hijo(a) y la cobertura de medicamentos. Primero le voy a preguntar sobre su hijo(a).

- 1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene [el/la niño(a)]?** *[ENTREVISTADOR: Si el/la niño(a) tiene más de un tipo de seguro médico, incluyendo seguro público, marque el seguro público relevante (opciones 1 o 2)]*

☐ 1 Medicaid/S-CHIP/Medicaid estatal

[ENTREVISTADOR: Use el nombre específico del plan de Medicaid en su Estado]

☐ 2 Otro seguro público/Atención gratuita

☐ 3 Sin seguro médico/Paga de su bolsillo

☐ 4 Seguro privado (de su trabajo o adquirido directamente)

☐ 5 Seguro privado (a través de subsidio del gobierno, por ejemplo, fondos de Medicaid)

☐ 6 Tricare/seguro militar

☐ 7 Otro (favor especifique): _____

☐ 99 NS/Rehúsa

☐ 66 TBD

- 2. ¿Hubo algún momento en el cual [NOMBRE DEL NIÑO(A)] necesitaba un medicamento o cuidado médico, pero no pudo obtenerlo porque [usted/su familia] no podía(n) pagarlo?**

☐ a SI ☐ b NO ☐ 99 NS/Rehúsa ☐ 66 TBD

- 3. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted? Puede escoger más de uno.** *[ENTREVISTADOR: si el cuidador del niño(a) tiene más de un tipo de seguro médico, incluyendo seguro público, marque el seguro público relevante (opciones 1 o 2)]*

☐ 1 Medicaid/S-CHIP/Medicaid estatal

[ENTREVISTADOR: Use el nombre específico del plan de Medicaid en su Estado]

☐ 2 Otro seguro público/Atención gratuita

☐ 3 Sin seguro médico/Paga de su bolsillo

☐ 4 Seguro privado (de su trabajo o adquirido directamente)

☐ 5 Seguro privado (a través de subsidio del gobierno, por ejemplo, fondos de Medicaid)

☐ 6 Tricare/seguro militar

☐ 7 Otro (favor especifique): _____

☐ 99 NS/Rehúsa

☐ 66 TBD

Las siguientes preguntas son sobre el seguro médico y la cobertura de medicamentos recetados de su HOGAR. Desde [MES ACTUAL] del año pasado:

4. ¿Ha habido alguna ocasión en que usted u otro miembro de su hogar aparte de [NOMBRE DEL NIÑO(A)] necesitaba un medicamento recetado o atención médica, pero no pudieron obtenerlo porque [usted/la familia] no podía pagarlo?

1 ☐ SI 2 ☐ NO a ambos [PASE a la P. 5] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 5] 66 ☐ TBD

4a. En caso afirmativo, especifique:

- 1 ☐ Medicina recetada
- 2 ☐ Atención médica
- 3 ☐ Ambos
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

5. Debido al costo del cuidado médico o recetas médicas para cualquier miembro de su hogar ¿alguna vez le ha dificultado poder pagar por otra necesidad como:
[ENTREVISTADOR: Marque todas las respuestas aplicables. Si la respuesta a un de los artículos es NO, no marque la cajita.]

- 1 ☐ Su renta/hipoteca
- 2 ☐ Las cuentas de servicios de su vivienda (no teléfono)
- 3 ☐ La comida
- 4 ☐ La guardería
- 5 ☐ Otras cuentas médicas
- 6 ☐ Gastos relacionados con el auto (seguros, préstamos, gasolina, reparaciones)
- 7 ☐ Las cuentas de teléfono
- 8 ☐ Ninguno de los anteriores
- 10 ☐ Otro (favor especifique): _____
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

6. ¿Desde [MES ACTUAL] del año pasado hubo algún momento cuando usted u otro miembro de su hogar aparte de [nombre del niño(a)] necesitaba cuidado dental, pero no pudieron obtenerlo porque [usted/la familia] no podía pagarlo?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

SECCIÓN G – Salud del Cuidador del Niño(a)

Las siguientes cuantas preguntas son sobre su salud.

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

- 1 ☐ Excelente 3 ☐ Regular 99 ☐ NS/Rehúsa
2 ☐ Buena 4 ☐ Mala 66 ☐ TBD

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

- 1 ☐ Excelente 3 ☐ Regular 99 ☐ NS/Rehúsa
2 ☐ Buena 4 ☐ Mala 66 ☐ TBD

3. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas? Para cada declaración, dígame si la/lo ha afectado: Para nada, varios días, más de la mitad de los días, o casi todos los días.

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	NS/Rehúsa	TBD
a. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o irritado(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	99 ☐	66 ☐
b. No poder controlar o dejar de preocuparse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	99 ☐	66 ☐
c. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	99 ☐	66 ☐
d. Sentirse decaído(a), deprimido o desesperado.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	99 ☐	66 ☐

NOTA DE PROGRAMACION: PASE a las P4 y P5 si el cuidador NO es un padre BIOLÓGICO del niño(a) y continúe con la siguiente sección.

4¿Cuánto mide usted? [Padre BIOLÓGICO solamente] _ pies _ _ pulgadas/ _ _ _ cm

- 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

5¿Cuánto pesa usted? [Padre BIOLÓGICO solamente]

[ENTREVISTADOR: si la madre está embarazada pídale su peso promedio cuando ella no está embarazada]. _ _ _ libras/_ _ _ kilos

- 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

Las siguientes preguntas son acerca de fumar y vapear productos de tabaco como cigarros, puros, cigarrillos aromáticos, tabaco masticable, tabaco en polvo , cigarrillos electrónicos como el JUUL o *dip* (tabaco que se chupa).

6¿Fumaba [usted/la madre BIOLÓGICA] en algún momento mientras estaba embarazada de [este niño(a)/NOMBRE DEL NIÑO(A)]?

[ENTREVISTADOR: Si las palabras "madre BIOLÓGICA" aparecen entre paréntesis cuadrados significa que estamos interesados solamente en la información sobre la madre biológica.]

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

7. Incluyéndose ha usted ¿cuántas personas fuman cigarrillos en su hogar? _ _

99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

Nosotros estamos tratando de comprender si tener un padre encarcelado o en prisión impacta a familias como la suya con niños pequeños. Ud. puede ayudarnos compartiendo sus respuestas a estas preguntas las cuales le hacemos a todos los que entrevistamos.

[ENTREVISTADOR: Si las palabras "madre BIOLÓGICA" aparecen entre paréntesis cuadrados significa que estamos interesados solamente en la información sobre la madre biológica.] El hogar se refiere a las personas con quienes el participante vive y comparte recursos financieros.

NOTA DE PROGRAMACION: Para los padres de crianza temporales <u>siempre</u> SALTE a la siguiente sección; todos otras relaciones de cuidado continúan.

8. ¿Alguna vez [usted/la madre BIOLÓGICA] estuvo en la cárcel o prisión, o ha sido detenido por parte de ICE? [(Marque todo lo que corresponda).

1 ☐ SI, en la cárcel o prisión 3 ☐ SI, estuvo detenido(a) por parte de ICE 2 ☐ NO **[PASE a la P. 7]** 99 ☐ NS/Rehúsa **[PASE a la P. 7]** 66 ☐ TBD

8a. Si sí, ¿durante cuál de los siguientes períodos de tiempo [usted/la madre BIOLÓGICA] estuvo en la cárcel o prisión, o ha sido detenido por parte de ICE? (Marque todo lo que corresponda).

1 ☐ Durante [su embarazo/el embarazo de la madre BIOLÓGICA] con este niño.
2 ☐ Desde que nació este niño.

3 ☐ Antes del embarazo con este niño.
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

9. ¿[Usted/el otro cuidador del niño] alguna vez estuvo en la cárcel o prisión, o ha sido detenido por parte de ICE? (Marque todo lo que corresponda).

☐ SI, en la cárcel o prisión ☐ SI, detenido(a) por parte de ICE ☐ NO ☐
NS/Rehúsa ☐ TBD

9a. En caso afirmativo, ¿durante cuál de los siguientes períodos de tiempo estuvo el otro padre/cuidador del niño en la cárcel o prisión, o ha sido detenido por parte de ICE ? (Marque todo lo que corresponda).

☐ Durante el embarazo de la madre
BIOLÓGICA con este niño.

☐ Desde que nació este niño.

☐ Antes del embarazo con este
niño.

☐ NS/Rehúsa

☐ TBD

SECCIÓN H – Seguridad de Alimentos

Ahora le voy a leer algunas declaraciones que las personas han hecho sobre la situación alimentaria. Para cada uno, favor de indicar si ocurrió frecuentemente, algunas veces, o nunca (a Ud. / en su hogar) en los últimos 12 meses, es decir desde (nombre del mes actual) del año pasado.

1. **(Me preocupó / Nos preocupamos) que la comida se podía acabar antes de tener dinero para comprar más.” (Para Ud. / En su hogar)**

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

2. **La comida que (compré / compramos) no rindió lo suficiente, y (no tenía / no teníamos) dinero para comprar más.**

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

3. **(No tenía / No teníamos) recursos suficientes para comer comida variada y nutritiva.** [INDIQUE: Comida variada y nutritiva].

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

4. **(Tuve / Tuvimos) que alimentar a los niños del hogar con alimentos de poca variedad y bajo costo porque se nos acababa dinero para alimentos.** [INDIQUE: Alimentos de poca variedad y de bajo costo]

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

5. **No (pude / pudimos) alimentar a los niños del hogar con comida variada y nutritiva porque nos faltaba dinero para alimentos.** [INDIQUE: Comida variada y nutritiva].

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: (Selección para la Etapa n.º 2) **SI** para alguna de las P. 1-5 eligió como respuesta "Frecuentemente" o "A veces", **ENTONCES** continúe con P. 6; de lo contrario **PASE** a la Sección I.

6. **Los niños del hogar no comían lo suficiente porque nos faltaba dinero para comprar alimentos.**

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

7. **Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿(Ud. / Ud. u otro adulto del hogar) redujo alguna vez la cantidad de sus comidas o dejó de desayunar, almorzar o cenar porque le faltaba dinero para alimentos?**

1 ☐ Frecuentemente 2 ☐ A veces 3 ☐ Nunca 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

7a. ¿Con qué frecuencia sucedió esto?

- ☐ 1 Casi todos los meses
☐ 2 Algunos meses pero no todos
☐ 3 Solamente en 1 ó 2 meses
☐ 99 NS/Rehúsa
☐ 66 TBD

8. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿comió Ud. alguna vez menos de lo que pensaba que debía comer porque le faltaba dinero para alimentos?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO ☐ 99 NS/Rehúsa ☐ 66 TBD

9. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿tuvo Ud. hambre alguna vez pero no comió porque le faltaba dinero para alimentos?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO ☐ 99 NS/Rehúsa ☐ 66 TBD

10. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿perdió Ud. peso porque no comió los alimentos suficientes por falta de dinero para comida?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO ☐ 99 NS/Rehúsa ☐ 66 TBD

11. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿alguna vez no comió (Ud. / Ud. u otro adulto del hogar) en todo el día porque le faltaba dinero para comida?

- ☐ 1 SI
☐ 2 NO (PASE a la caja de selección para la Etapa n.º 3)
☐ 99 NS/Rehúsa (PASE a la caja de selección para la Etapa n.º 3)
☐ 66 TBD

11a. ¿Con qué frecuencia sucedió esto?

- ☐ 1 Casi todos los meses
☐ 2 Algunos meses pero no todos
☐ 3 Solamente en 1 ó 2 meses
☐ 99 NS/Rehúsa
☐ 66 TBD

NOTA DE PROGRAMACION: (Selección para la Etapa n.º3) SI eligió como respuesta "Sí", "Casi todos los meses/Algunos meses", "Frecuentemente" o "A veces" para alguna de las Preguntas 6-11a, **ENTONCES** continúe con P12; de lo contrario **PASE** a la siguiente Sección.

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

12. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿(redujo / redujeron) alguna vez la cantidad de la comida de un niño del hogar por falta de dinero para comprar alimentos?

- ☐ 1 SI ☐ 2 NO ☐ 99 NS/Rehúsa ☐ 66 TBD

13. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿alguna vez algún niño del hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar por falta de dinero para alimentos?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 14] 66 ☐ TBD

13a. ¿Con qué frecuencia sucedió esto?

1 ☐ Casi todos los meses
2 ☐ Algunos meses pero no todos
3 ☐ Solamente en 1 ó 2 meses
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

14. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿alguna vez, un niño del hogar tuvo hambre pero faltaba dinero para comprar más alimentos?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

15. Desde (MES ACTUAL) del año pasado, ¿alguna vez un niño del hogar no comió en todo el día porque faltaba dinero para alimentos?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

SECCIÓN I – Estabilidad de Vivienda

La siguiente serie de preguntas son acerca del hogar de [este niño(a)/la familia].

1. Por favor dígame ¿En qué tipo de vivienda vive [NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA]?

1 ☐ Un apartamento	8 ☐ Un cuarto/cuarto alquilado [PASE a la P3]
2 ☐ Una casa/condominio	10 ☐ Un coche [CONTINUE con la P1a]
3 ☐ Un refugio/vivienda transitoria [CONTINUE con la P1a]	11 ☐ No tiene un lugar estable para dormir [CONTINUE con la P. 1a]
5 ☐ Una residencia de tratamiento/vivienda supervisada [CONTINUE con la P1a]	12 ☐ Hotel/motel [CONTINUE con la P. 1a]
6 ☐ Una vivienda del gobierno (base militar, etc.) [PASE a la P4]	4 ☐ Otro (favor especifique): _____ [PASE a la P4]
7 ☐ Una casa móvil ("mobile home/trailer")	99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P4]
	66 ☐ TBD [CONTINUE con la P1a]

1a. ¿Ha vivido en esta situación por más tiempo que desde [nombre del mes actual] del año pasado?

1 ☐ SI [PASE a la P. 6]

99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 6]

2 ☐ NO [PASE a la P. 3]

66 ☐ TBD [PASE a la P. 6]

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

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

3. **Durante los últimos 12 meses ¿hubo alguna ocasión en la cual usted no pudo pagar la hipoteca o renta a tiempo?** [INDIQUE: ¿Debido a dificultades económicas?]

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

4. [SALTE para propietario de vivienda, P2=Sí] **¿Está usted viviendo con otras personas temporalmente, aunque sea por un tiempo corto por dificultades económicas?**

[ENTREVISTADOR: Esta pregunta se refiere a la persona que se aloja con otra persona temporalmente, NO al dueño/inquilino del departamento que está alojando a la persona.]

1 ☐ SI

2 ☐ NO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

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

[INTREVISTADOR: Si el participante esta sin hogar/techo esta pregunta se refiere a su actual situación de estar viviendo con otras personas]

____ # dormitorios/cuartos

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

6. **¿En cuántos lugares ha vivido [el/la niño(a)] desde [MES ACTUAL] del año pasado?**

____ # de lugares

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

7. **INCLUYENDO A ESTE(A) NIÑO(A), ¿cuántas personas entre 0-17 años de edad viven en su [hogar/familia]? [INDIQUE: Incluya en su hogar a las personas con quienes vive y comparta recursos financieros.]**

____ # de personas

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

8. **INCLUYÉNDOSE A USTED, ¿cuántas personas de 18 años o mayores viven en su [hogar/familia]? [INDIQUE: Incluya en su hogar a las personas con quienes vive y comparta recursos financieros.][ENTREVISTADOR: Si está viviendo en un refugio or vivienda transitoria solo incluya a su familia]**

___ # de personas

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

Las siguientes preguntas son acerca su actual situación residencial.

9. **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? [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 se pega una nota 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.]**

1 ☐ SI [CONTINUE a la P10]

99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P11]

2 ☐ NO [PASE a la P11]

66 ☐ TBD [CONTINUE a la P10]

10. **¿Esta esté desalojo en su historial? [INDIQUE: 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.]**

1 ☐ SI

2 ☐ NO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI es propietario de su vivienda o vive and vivienda militar PASE a la P13; SI vive en un refugio, vivienda transitoria, una residencia de tratamiento, o otro, PASE a la P12.

11. **¿Actualmente vive usted en una vivienda pública o subsidiada por el gobierno?**

[INDIQUE: ¿Recibe asistencia del estado para pagar la renta?]

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 10] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 10] 66 ☐ TBD

11a. ¿Está el contrato del [apartamento/vivienda] a su nombre?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 10] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 10] 66 ☐ TBD

11b. ¿Puede usted trasladar su subsidio a otra vivienda de su elección? [INDIQUE: ¿Tiene ayuda de Sección 8, un certificado o vale?]

1 ☐ SI [PASE a la P. 13] 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

12. ¿Ha solicitado vivienda subsidiada u otra clase de vivienda pública?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P.13] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 13] 66 ☐ TBD

13. ¿Está actualmente [usted/la familia del niño/de la niña] en una lista de espera para “Sección 8” u otra clase de vivienda que ofrece asistencia económica?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P.12] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 12] 66 ☐ TBD

13a. Aproximadamente ¿por cuánto tiempo [ha estado/estuvo] en una lista de espera para asistencia de vivienda? (Convierta los años a meses)

___ ___ # de meses [PASE a P. 13]

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

14. ¿Ha tratado de entrar en una lista de espera, pero no ha podido?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

15. ¿Ha tenido durante los últimos 2 años un certificado de vivienda que ha vencido o que fue cancelado?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

Las siguientes preguntas son acerca de su vivienda desde que [usted/la madre BIOLÓGICA] estaba embarazada de este(a) niño(a) y durante su vida hasta la actualidad. En la primera serie de preguntas, cuando decimos “sin vivienda” nos referimos a vivir en un refugio, un motel, una situación de vivienda transitoria o temporal, una vivienda de “sitio dispersado” o la falta de un lugar estable para dormir durante la noche. [ENTREVISTADOR: Si las palabras “madre BIOLÓGICA” están entre paréntesis, significa que estamos interesados en información sobre la madre biológica solamente.]

16. ¿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 saber si la madre estuvo sin vivienda/vivió en un refugio mientras este(a) niño(a) estaba en su vientre.]

1 ☐ SI 2 ☐ NO [Pase a la P17] 99 ☐ NS/Rehúsa [Pase a la P17] 66 ☐ TBD

16a. En caso afirmativo, pregunta de seguimiento: ¿Fue eso en los últimos 12 meses?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

17. Desde que [NOMBRE DEL NIÑO(A)] nació, ¿alguna vez estuvo sin vivienda o vivió en un refugio?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P18] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P18] 66 ☐ TBD

17a. ¿Por cuántos meses *en total* ha estado este(a) niño(a) sin vivienda o viviendo en un refugio? ¿Fue por:

1 ☐ menos de seis meses?

99 ☐ NS/Rehúsa

2 ☐ de 6 a 12 meses?

66 ☐ TBD

3 ☐ más de un año?

18. Cuando [usted/la mamá biológica] estaba embarazada de [NOMBRE DEL NIÑO(A)], ¿alguna vez [usted/la mamá biológica] vivió en vivienda subsidiada, pública o de Sección 8? [ENTREVISTADOR: Estamos interesados en saber si la madre vivió en vivienda subvencionada o pública mientras este(a) niño(a) estaba en su vientre.]

1 ☐ SI

2 ☐ NO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

SECCIÓN J – Seguridad de Servicios Públicos de Vivienda

NOTA DE PROGRAMACION: SI no tiene hogar, vive en un albergue u otro tipo de institución, PASE a P4.

Ahora tengo preguntas acerca de los servicios públicos de su vivienda.

1. ¿Es la vivienda del niño(a), calentada por calefacción de ? [ENTREVISTADOR: Queremos saber la fuente principal de calefacción de la vivienda]

1 ☐ Gas

6 ☐ Madera

2 ☐ Aceite

4 ☐ Otro (favor especifique): _____

3 ☐ Eléctrico

99 ☐ NS/Rehúsa

5 ☐ Propano/queroseno

66 ☐ TBD

2. ¿Es la vivienda del niño(a) enfriada principalmente por [ENTREVISTADOR: Queremos saber cuál es la fuente principal que tiene para mantener fresca su vivienda.]

1 ☐ Sistema de aire central?

4 ☐ No hay enfriamiento?

2 ☐ Aire acondicionado (unidades de ventana)?

5 ☐ Otro (favor especifique): _____?

3 ☐ Ventiladores?

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI vive en vivienda de base militar, PASE a la P. 8. SI tiene cara propia, PASE a la P. 4

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

1 ☐ SI

2 ☐ NO [PASE a P8]

99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a P8]

66 ☐ TBD

4. En el último año, ¿recibió asistencia para los servicios públicos de la casa del niño?

1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a P. 8] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a P. 8] 66 ☐ TBD

5. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿le ha amenazado la compañía de [gas/electricidad/petróleo] con quitarle los servicios por no pagar sus cuentas?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

6. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿le ha cortado el servicio la compañía de [gas/electricidad/petróleo] por no pagar sus cuentas?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

7. Desde [MES ACTUAL] del año pasado ¿hubo algún día(s) que el hogar estuvo sin calefacción /refrigerado porque no podía pagar sus cuentas?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

8. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿alguna vez usó la estufa de la cocina para calentar la [casa/departamento] porque no podía pagar las facturas? [No incluye una vez que la estufa se usó para calentar durante un corte de energía]

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

9. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿le ha enviado una carta el servicio de agua amenazándole con quitarle el servicio de o rechazar la entrega de agua en su casa por no pagar las cuentas?

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

SECCIÓN K – Participación en Programas de Asistencia Social

Las próximas preguntas se tratan sobre cualquier servicio de asistencia estatales o federales que haya recibido [usted/el hogar del niño(a)]. Primero le preguntaré acerca de su experiencia con WIC y luego le preguntaré acerca de SNAP, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario. (antes conocido como estampillas para comida) Por último, le preguntaré acerca de asistencia monetaria también conocido como “welfare.”

[ENTREVISTADOR: Si las palabras “madre BIOLÓGICA” aparecen entre paréntesis significa que estamos interesados solamente en la información sobre la madre biológica.]

1. ¿Alguna vez ha recibido WIC para usted o para este(a) niño(a)? En caso afirmativo, ¿está recibiendo actualmente WIC?

- 1 ☐ SI, actualmente
2 ☐ NO
3 ☐ SI, recibía WIC, pero no ahora

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

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

1 ☐ SI

2 ☐ NO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

3. ¿Alguna vez ha recibido usted o su niño(a) beneficios de SNAP? [ENTREVISTADOR: Si el/la niño(a) está cubierto(a) bajo el beneficio de otro miembro de la familia (por ejemplo, la abuela), marque la opción que diga "Sí, actualmente recibe SNAP".]

1 ☐ NO, nunca recibió SNAP [PASE a la P. 4]

2 ☐ Lo solicito, pero no fue aprobado [PASE a la P. 4]

3 ☐ Recibía SNAP anteriormente, pero ahora no [PASE a la P. 4]

4 ☐ SI, actualmente recibe SNAP [CONTINUE con la P. 3a]

5 ☐ Tiene una solicitud pendiente/tiene la intención de aplicar [PASE a la P. 4]

6 ☐ Padre/Madre adolescente- incluido en el beneficio de sus padres. [PASE a la P. 4]

7 ☐ Solicitud aprobada/Pago pendiente. [PASE a la P. 4]

99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 4]]

66 ☐ TBD

3a. ¿Cuánto es su beneficio actual de SNAP? [INDIQUE: ¿Esta cantidad es mensual?]

\$ _____

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

4. ¿Alguna vez usted o su niño(a) han recibido asistencia económica, welfare, o [PROGRAMA ESTATAL]?

1 ☐ Si

2 ☐ No, se sobre el programa, pero nunca he recibido asistencia [PASE a la P5]

3 ☐ No, no sé sobre el programa/No sé si califico [PASE a la P5]

99 ☐ DK/Rehúsa [PASE a la P5]

66 ☐ TBD

4a. [SI, SÍ] ¿ Ambos reciben (usted y su niño(a))[asistencia económica/welfare] o sólo su niño(a)?[ENTREVISTADOR: Si la persona responsable recibe "welfare" para otra

criatura (no por la cual busca atención medica hoy), conteste como si fuera el beneficio de la persona responsable solamente. Si el beneficio es sólo para el/la niño(a) y otra respuesta marque la opción apropiada de "SÓLO EL/LA NIÑO(A)".]

- ☐ ¹ Mi hijo(a) o yo hemos recibido "welfare" anteriormente, pero NO ahora.
☐ ² Sí, recibo asistencia monetaria/asistencia social ahora.
☐ ³ Solicitud aprobada con pago pendiente.
☐ ⁴ Tengo una solicitud pendiente/Tengo pensado aplicar
☐ ⁵ He solicitado, pero fue denegado.
☐ ⁷ SÓLO EL/LA NIÑO(A) [el cuidador no está incluido en el beneficio]: Sí, recibo "welfare" actualmente pero sólo

para mis hijos/Sí, mi solicitud está aprobada con pago pendiente pero sólo para mi(s) hijo(s).

- ☐ ⁸ SÓLO EL/LA NIÑO(A) [el cuidador no está incluido en el beneficio]: tengo una solicitud pendiente/Tengo la intención de presentar una solicitud, pero solo para mi(s) hijo(s)/He solicitado solo para mi(s) hijo(s), pero me fue denegada

☐ ⁹⁹ NS/Rehúsa

☐ ⁶⁶ TBD

5. ¿Alguna persona en su vivienda recibe el ingreso suplementario de seguridad SSI (para discapacidad)?

- ☐ ¹ SI
☐ ² NO [PASE a la siguiente sección]

☐ ⁹⁹ NS/Rehúsa [PASE a la siguiente sección]

☐ ⁶⁶ TBD

5a. ¿Quién recibe el ingreso suplementario de seguridad SSI (discapacidad)?

- ☐ ¹ SI, lo recibo para mí mismo (cuidador)
☐ ² SI, lo recibo para otro niño
☐ ³ SI, lo recibo para este niño
☐ ⁴ SI, lo recibo tanto para el cuidador como para este niño
☐ ⁵ SI, otro miembro de la vivienda lo recibe

☐ ⁶ Está pendiente, pero aprobado para uno mismo u otro niño

☐ ⁷ Está pendiente, pero aprobado para este niño

☐ ⁹⁹ NS/Rehúsa

☐ ⁶⁶ TBD

SECCIÓN L –Empleo

Las próximas preguntas son acerca del estado de su empleo y el cuidado de [NOMBRE DE SU NIÑO(A)]

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

- ☐ ¹ SI ☐ ² NO [PASE a la P. 5] ☐ ⁹⁹ NS/Rehúsa [PASE a la P. 5] ☐ ⁶⁶ TBD

2. [SI el cuidador esta empleado] **¿Cuántas horas trabaja [usted/el cuidador de el/la niño(a)] durante la semana?**

__ Horas [**ENTREVISTADOR:** Si trabaja esporádicamente, con licencia por maternidad o NS/TBD, deje este campo en blanco y responda la opción múltiple a continuación]

- 1 ☐ SI, trabaja esporádicamente 3 ☐ NS / Se niega a contestar
2 ☐ SI, está de baja por maternidad 4 ☐ TBD

3. [SI la persona responsable esta empleada] **¿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 un espacio:]

Trabajador por hora: \$ _____. _____. _____. /hora

Trabajador salariado: \$ _____. _____. _____. /semana

O \$ _____. _____. _____. /mes

O \$ _____. _____. _____. / año

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

4. [SI la persona responsable esta empleada] **¿Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ha cambiado la cantidad de horas que ha trabajado en este trabajo o en 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.]

- 1 ☐ Disminuyeron [**PASE a la P. 6**] 4 ☐ Dejó de trabajar [**PASE a la P. 6**]
3 ☐ No hubo cambios [**PASE a la P. 7**] 99 ☐ NS/Rehúsa
2 ☐ Aumentaron [**PASE a la P. 7**] 66 ☐ TBD

5. [SI la persona responsable no trabaja o NS/Rehúsa.] **¿Desde [MES ACTUAL] del año pasado ha estado empleado?**

1 ☐ SI 2 ☐ NO [**PASE a la P. 8**] 99 ☐ NS/Rehúsa [**PASE a la P. 8**] 66 ☐ TBD

6. [SI la persona responsable no trabaja o NS/Rehúsa.] **¿Cuál fue la razón principal por la cual redujo sus horas de trabajo o dejó de trabajar?** [**ENTREVISTADOR:** Puede marcar más de una respuesta.]

- 1 ☐ No estaba satisfecho con el trabajo/Le ofrecieron otro trabajo 5 ☐ Fue despedido
2 ☐ Me descansaron por reducción de personal 6 ☐ Por sus estudios/entrenamiento
3 ☐ El trabajo era temporal/estacional 7 ☐ Problemas con el cuidado de los niños
4 ☐ Problemas de transporte/demasiado lejos 8 ☐ Embarazo/ Licencia de maternidad
9 ☐ Eligió quedarse en casa con los niños

- 10 ☐ No estaba satisfecho con las horas/el pago
11 ☐ Por enfermedad/lesión del niño
12 ☐ Por enfermedad/lesión de otro miembro de la familia
13 ☐ Por enfermedad/lesión propia
14 ☐ El negocio quebró
15 ☐ Por otras obligaciones personales
16 ☐ El negocio fue vendido por el empleador

- 17 ☐ Problemas de inmigración
18 ☐ Es una temporada lenta para el negocio
19 ☐ Por mudanza o relacionada con la mudanza
20 ☐ Aumento de horas en otro trabajo
21 ☐ Otro (*favor especifique*):

99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

7. [Únicamente para las personas que estén empleadas. (P1 es Si o TBD)] **¿Le corresponden días de pago por enfermedad, días libres pagados (PTO), o tiempo ganado (Earned Time (ET)) en su trabajo?**

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

8. **Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿recibió algún beneficio de desempleo del estado?**

1 ☐ SI 99 ☐ NS/Rehúsa
2 ☐ NO 66 ☐ TBD
3 ☐ SI, recibía seguro de desempleo, pero ahora no.

9. [ENTREVISTADOR: Para aquellas familias que vivan en un refugio, incluya solamente aquellos miembros inmediatos del núcleo familiar] **INCLUYÉNDOSE a usted, ¿cuántas personas en su vivienda de la edad de 15 años o mayores están empleados? Cuando digo "en su vivienda" me refiero a todas las personas que tienen la misma dirección que este(a) niño(a). [INDIQUE: No se olvide de incluirse usted.]**

____ # de personas

99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

10. [ENTREVISTADOR: Para aquellas familias que vivan en un refugio, incluya solamente aquellos miembros inmediatos del núcleo familiar.] **Ahora me gustaría preguntarle sobre el dinero que ingresa a su hogar, incluyendo el dinero de trabajos, pensiones, seguros de desempleos, beneficios financieros de programas de asistencia social, compensación económica por un divorcio para el sostén de Ud. o su niño(a). No incluya dinero de beneficios como SNAP (cupones de comida). Deténgame cuando llegue a su ingreso financiero de su hogar del mes pasado. ¿Fue... [INDIQUE: (cuando sea necesario) – Su**

*vivienda incluye a todas las personas que viven con usted y que comparten recursos.
Estamos interesados en todo el dinero que recibe antes de deducir los impuestos.]*

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Menos de \$1000 | 5 ☐ \$4,000 o más |
| 2 ☐ Entre \$1000 y \$1999 | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| 3 ☐ Entre \$2,000 y \$2,999 | 66 ☐ TB |
| 4 ☐ Entre \$3,000 y \$3,999 | |

SECCIÓN M – Educación Temprana y Cuidado del Niño(a)

NOTA DE PROGRAMACION: SI la respuesta de Q1 = (4) La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa ó (8) El cuidador lleva al niño al trabajo o la escuela con él/ella, y Q1a = (7) La madre/el padre/el cuidador cuida al niño en casa **ENTONCES PASE** la randomización del M2 – Educación Temprana y Cuidado del Niño.

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado de [su/este(a)] niño(a) durante una semana típica.

1. Díganos quien cuida a[su/este(a)] 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 MES PASADO... [ENTREVISTADOR: si se usó más de un arreglo de manera regular, pregunte qué arreglo fue usado la mayoría de las veces. Un segundo arreglo se podrá registrar en la P. 1a.]

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Head Start/Early Head Start | 7 ☐ Persona no familiar, como un amigo, vecino, niñera, niñera |
| 2 ☐ Centro de cuidado infantil/preescolar | 8 ☐ El cuidador lleva al niño al trabajo o la escuela con él/ella |
| 3 ☐ Guardería familiar (cuidado de 2 o más niños fuera de su hogar) | 9 ☐ Programa de intervención temprana |
| 4 ☐ La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa | 10 ☐ Cuidado de enfermera |
| 5 ☐ Pariente que vive en su casa | 11 ☐ Otro (favor especifique): _____ |
| 6 ☐ Pariente que vive en otra casa | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| | 66 ☐ TBD |

1a. ¿Qué otros arreglos para el cuidado de [su/este(a)] niño(a) usa regularmente además de su arreglo principal? [INDIQUE: Marque todo lo que corresponda.]

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Un amigo, niñera o cuidador en su hogar | 5 ☐ Guardería |
| 2 ☐ Un pariente en su casa | 6 ☐ Guarderías familiares (en una casa) |
| 3 ☐ Un pariente fuera de su casa | 7 ☐ La madre/el padre/el cuidador cuida al niño en casa |
| 4 ☐ Otros niños en la familia | 8 ☐ Otro (describa) _____ |

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACION: SI ambos primer y segundo arreglo de cuidado son que la persona responsable del niño(a) lo cuida en casa, **ENTONCES PASE** a la P6. Específicamente, SI en la P1 es (4) "La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa" o (8) "el cuidador se lleva al niño al trabajo/escuela con él/ella" Y P1a es (7) "La madre/el padre/el cuidador cuida al niño en casa" **ENTONCES PASE** a la P6.

2. ¿Quién proporciona las comidas para [su/este] niño cuando [él/ella] está en su principal arreglo de cuidado?

1 ☐ Los padres proporcionan las comidas

2 ☐ El cuidador/la guardería proporciona las comidas

3 ☐ Ambos proveen las comidas (padres y cuidador/la guardería)

4 ☐ No se proporciona comida durante el tiempo de cuidado del niño

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

3. ¿Cuántas horas a la SEMANA pasa el niño/la niña en el cuidado de alguien más mientras usted está trabajando o en la escuela?

____ horas

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

4. ¿Alguien le ayuda a pagar el costo de los arreglos de cuidado para [su/este] niño(a)? Con esto quiero decir si usted recibe asistencia de una agencia gubernamental, su empleador, un pariente, un amigo, un vale o paga una tarifa de escala de acuerdo con sus ingresos.

1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE A la P6] 66 ☐ TBD

5. ¿Quién ayuda a pagar el cuidado infantil o preescolar de [NOMBRE DEL/DE LA NIÑO(A)]? [ENTREVISTADOR: Si hay más de una fuente, solicite la que hizo la contribución más significativa.]

1 ☐ Gobierno o escala móvil (agencia del gobierno federal, estatal o local, u oficina de asistencia social)

3 ☐ El otro padre del niño [ENTREVISTADOR: El padre que no responde a la entrevista]

4 ☐ Otro familiar o amigo

2 ☐ Empleador

5 ☐ No pago por la guardería

6 ☐ Otro (favor especifique): _____

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

6. ¿Se le dificulta poder trabajar o estudiar porque tiene problemas para obtener cuidado para su niño(a) o con los horarios de las guarderías?

1 ☐ SI

99 ☐ NS/Rehúsa [**PASE a la siguiente sección**]

2 ☐ NO [**PASE a la siguiente sección**]

66 ☐ TBD

6a. Si la respuesta es SI, los problemas para obtener cuidado infantil significan que usted...
[INDIQUE: Marque todo lo que corresponda.]

1 ☐ Ha tenido que dejar o abandonar la escuela/trabajo/programa de capacitación

2 ☐ Ha tenido que disminuir las horas de trabajo

3 ☐ No pudo aumentar las horas de trabajo

4 ☐ No puede encontrar trabajo

5 ☐ No puede asistir a clases o programas de capacitación

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

6b. ¿Cuál fue la razón por la cual tuvo problemas para obtener cuidado para su niño(a)?
[INDIQUE: Marque todo lo que corresponda.]

1 ☐ Costo

2 ☐ Ubicación

3 ☐ Transporte de ida y/o vuelta a la guardería

4 ☐ Aceptación de subsidio o cupón de guardería

5 ☐ No poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar

6 ☐ Reputación (calidad)

7 ☐ No confío en otros proveedores de cuidado infantil

8 ☐ Los horarios de las guarderías

9 ☐ Otro (*favor especifique*): _____

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

MÓDULO 1: Nutrición

NOTA DE PROGRAMACION: Omitir Pregunta 3 si la respuesta Q1 = (77) Nunca (exclusivamente leche materna)

NOTA DE PROGRAMACION: Omitir Preguntas 6,7,8 si la respuesta Q1 Y Q2 = (77) Nunca (exclusivamente leche materna)

Ahora, voy a preguntarle sobre experiencias con alimentos.

1. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando recibió leche de fórmula por primera vez?

___ ___ ___ (en meses)

⁷⁷ ☐ Nunca (exclusivamente leche materna)

⁸⁸ ☐ < 1 mes

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBT

2. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando recibió alguna otra comida o bebida por primera vez? ___ ___
___ (en meses)

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

⁷⁷ ☐ Nunca (exclusivamente leche materna)

⁸⁸ ☐ < 1 mes

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBT

3. ¿Le agrega algo además del agua a la leche de fórmula? [Marque todo lo que corresponda.]

¹ ☐ Más agua de la recomendada

² ☐ Cereal para bebés

³ ☐ Endulzante/Azúcar/Saborizante

⁴ ☐ No, nunca

⁵ ☐ Otra (favor especificar):

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

4. ¿ALGUNA VEZ un proveedor de atención médica le ha dicho que [NOMBRE DEL NIÑO] tiene/tenía alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda)

¹ ☐ Bajo nivel de hierro/Anemia

- ² ☐ Bajo peso
³ ☐ Sobrepeso u obesidad
⁴ ☐ Otra (*favor especificar*)
⁵ ☐ Ninguno de los anteriores
⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa
⁶⁶ ☐ TBD

5. ¿ALGUNA VEZ [NOMBRE DEL NIÑO] ha usado o tomado suplementos? (Marque todo lo que corresponda.)

- ¹ ☐ Pediasure u otro suplemento nutricional
² ☐ Hierro
⁵ ☐ Vitamina D
³ ☐ Otra (*favor especificar*)
⁴ ☐ Sin suplementos
⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa
⁶⁶ ☐ TBD

Ahora quisiera preguntarle sobre los tipos de alimentos que [NOMBRE] comió durante el día de ayer y en la noche. Nos interesa los alimentos que comió [NOMBRE], ya sea en casa o en otro lugar. Piense usted en bocadillos y otras comidas, además de las comidas principales.

6. Durante el día de ayer y en la noche, [NOMBRE] comió:

	Sí	No	DK/Refused	TBD
a. ¿Algún cereal, raíz y tubérculo, como pan, arroz, fideos, avena, papilla, mandioca o papa blanca?				
b. ¿Legumbres y nueces como frijoles, guisantes, lentejas, maní o mantequilla de maní?				
c. ¿Alguna fórmula infantil, leche natural, yogurt natural o queso?				
d. ¿Alguna carne de vaca, cerdo, pollo, o órganos como hígado, pescado o mariscos?				
e. ¿Algún tipo de huevo?				
f. ¿Alguna fruta y verdura de color amarillo, naranja o verde oscura, como melón, mango, papaya, melocotón o zanahoria, camote, calabaza, brócoli, col rizada o espinacas?				
g. ¿Alguna otra fruta y verdura, como manzana, plátano, arándano, uva, aguacate o remolacha, coliflor, pepino, tomate?				

h. ¿Alguna bebida azucarada, como refrescos, jugos 100% de frutas, chocolate y otras leches saborizadas, té o café con azúcar?				
i. ¿Algún alimento dulce, salado o frito como dulces, chocolate, helado, pastel, donut, galleta, papas fritas, cereal para el desayuno, papas fritas o fideos instantáneos?				

7. ¿Qué es lo más difícil de ayudar a [NOMBRE DEL NIÑO] a comer frutas y vegetales? [Marque uno]

- | | |
|--|---|
| 1 ☐ Mi hijo(a) ya come frutas y verduras
[PASE a la P.8] | 4 ☐ No hay tiempo suficiente para comprar/preparar |
| 2 ☐ Muy caro | 5 ☐ Al niño/a la familia no le gusta |
| 3 ☐ Las tiendas tienen una mala selección/calidad | 6 ☐ Otra (<i>favor especificar</i>) |
| | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| | 66 ☐ TBD |

8. ¿Qué ayudaría a [NOMBRE DEL NIÑO] a comer más frutas y verduras?

[ENTREVISTADOR: Lea cada opción. Marque solo una respuesta (sí, no, NS/Rehúsa) en cada fila]

		1=SI	2=NO	99= NS/ Rehúsa	66=TBD
a.	Más tiendas que acepten cupones de alimentos (SNAP)/ cupones de WIC	☐	☐	☐	☐
b.	Transporte gratuito o de bajo costo/transporte a tiendas/mercados locales	☐	☐	☐	☐
c.	Mejor variedad/calidad de frutas y verduras donde compra	☐	☐	☐	☐
d.	Precios más bajos	☐	☐	☐	☐
e.	Aprender sobre cómo preparar frutas o verduras	☐	☐	☐	☐
f.	Otra (<i>favor especificar</i>)	☐	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas son sobre su experiencia con la comida en su niñez entre las edades de 0-18 años. Para cada uno de los siguientes, indique si estos fueron cierto para su familia: frecuentemente, a veces, o nunca.

9. Nos preocupábamos de que los alimentos se acabaran antes de que tuviéramos suficiente dinero para comprar más.

- 1 ☐ Frecuentemente cierto
2 ☐ A veces cierto
3 ☐ Nunca fue cierto
99 ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

10. Los alimentos que comprábamos no duraban y no teníamos suficiente dinero para comprar más.

¹ ☐ Frecuentemente cierto

² ☐ A veces cierto

³ ☐ Nunca fue cierto

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

MODULO 2: EDUCACIÓN TEMPRANA Y CUIDADO DEL NIÑO

NOTA DE PROGRAMACION: SI la respuesta en CORE MODULO de Q1 = (4) La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa ó (8) El cuidador lleva al niño al trabajo o la escuela con él/ella, y Q1a = (7) La madre/el padre/el cuidador cuida al niño en casa **ENTONCES PASE** la randomización del M2 – Educación Temprana y Cuidado del Niño.

Ahora le haré algunas preguntas sobre el arreglo de cuidado de niños que tiene para su hijo.

1. ¿Qué fue lo más importante para usted al elegir el arreglo principal de guardería?

¹ ☐ Costo

² ☐ Ubicación [**INDIQUE:** Cerca de su casa, trabajo u otro lugar de interés/conveniencia]

³ ☐ Transporte de ida y vuelta a la guardería

⁴ ☐ Buena reputación

⁵ ☐ Aceptación de subsidio o cupón de guardería

⁶ ☐ Poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar

⁷ ☐ Otra (*favor especifique*)

⁹⁹ ☐ NS/ Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

2. En general, ¿qué tan satisfecho está con su arreglo principal de guardería?

¹ ☐ Muy Satisfecho(a)

² ☐ Satisfecho(a)

³ ☐ Insatisfecho(a)

⁴ ☐ Muy insatisfecho(a)

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

3. ¿Está considerando cambiar el arreglo principal de guardería?

¹ ☐ SI ² ☐ NO [PASE a la P. 5] ⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 5] ⁶⁶ ☐ TBD

4. ¿Qué hace que cambiar el guardería sea un desafío para usted? (Marque todo lo que corresponda)

¹ ☐ Costo

² ☐ Ubicación

³ ☐ Transporte de ida y vuelta a la guardería

⁴ ☐ Aceptación de subsidio o cupón de guardería

⁵ ☐ No poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar

⁶ ☐ No confío en otros proveedores de cuidado infantil

⁷ ☐ Otra (favor especifique)

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

5. ¿Las horas que [NOMBRE DEL NIÑO] asiste a la guardería coinciden con las horas que necesita para trabajar/asistir a la escuela?

¹ ☐ SI

² ☐ NO

³ ☐ A veces

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

6. Si necesita horas adicionales en la guardería, ¿qué tan fácil es encontrar horas adicionales?

¹ ☐ Bastante fácil [PASE a la P. 8]

² ☐ Varía

³ ☐ Difícil

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 8]

⁶⁶ ☐ TBD

7. ¿Qué hace que sea difícil obtener las horas adicionales que necesita en la guardería? (Marque todo lo que corresponda.)

- ☐ 1 Coincidir las horas de trabajo/escuela con las horas de cuidado de niños
- ☐ 2 Costo
- ☐ 3 No hay espacios disponibles que satisfagan sus necesidades
- ☐ 4 Distancia/transporte
- ☐ 5 Otra (favor especifique)
- ☐ 99 NS/Rehúsa
- ☐ 66 TBD

NOTA DE PROGRAMACION: OMITIR 8a SI 8a = \$0 pago de su bolsillo para la guardería

8. ¿Cuánto paga de su bolsillo para la guardería, sin incluir ninguna asistencia que reciba del gobierno, parientes, amigos o empleadores?

a. \$_____.☐ 99 NS/Rehúsa [PASE a la P. 12] ☐ 66 TBD

b. ¿Eso es por ...

- ☐ 1 Hora
- ☐ 2 Día
- ☐ 3 Semana
- ☐ 4 Mes
- ☐ 5 Otra (especificar)
- ☐ 99 NS/Rehúsa
- ☐ 66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: Las preguntas 9 y 10 solo deberán aparecer para aquellos que dijeron que NO tenían un subsidio para el cuidado de los niños, es decir, respondieron algo diferente de la respuesta #1- "Gobierno o escala móvil" a la P. 5 Módulo Principal Sección M: Educación Temprana y Cuidado del Niño(a) opción de -]

9. ¿Está actualmente en una lista de espera para un subsidio de guardería ?

☐ 1 SI ☐ 2 NO [PASE a la P. 10] ☐ 99 NS/Rehúsa [PASE a la P. 10] ☐ 66 TBD

a. ¿Cuánto tiempo ha estado en la lista de espera para recibir un subsidio de guardería?
[ENTREVISTADOR: Convierta años a meses] _____ meses

[PASE a la P. 11]

☐ 99 NS/Rehúsa

☐ 66 TBD

10. ¿Por qué no recibe subsidio para el guardería? [ENTREVISTADOR: Preguntar a las personas que **NO** estén en lista de espera o recibiendo subsidio]

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ La lista de espera está cerrada | 9 ☐ La guardería de su preferencia no está certificada para aceptar subvención (por ejemplo, una guardería familiar o amigos) |
| 2 ☐ No puede pagar los copagos | 10 ☐ Eligió quedarse en casa con su niño(a) |
| 3 ☐ No es elegible debido a sus ingresos | 11 ☐ Eligió otra opción de cuidado de niños para su hijo |
| 4 ☐ No está trabajando/en entrenamiento/programa de educación | 12 ☐ Tiene pensado aplicar/Tiene una solicitud pendiente |
| 5 ☐ Las horas de cuidado de niños no coinciden con su horario de trabajo/escuela | 12 ☐ No conoce el programa [PASE a la P. 12] |
| 6 ☐ Inconvenientes/demasiados problemas para aplicar | 14 ☐ No lo quiere |
| 7 ☐ El financiamiento se terminó/Recorte presupuestario del estado | 15 ☐ Otra (favor especifique) |
| 8 ☐ No puede pagar transporte o no hay guarderías cerca de la casa | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| | 66 ☐ TBD |

11. ¿Durante los últimos dos años le han quitado el subsidio de guardería?

- 1 ☐ SI 2 ☐ NO [PASE a la P. 12] 99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 12] 66 ☐ TBD

11a. ¿Por qué le quitaron el subsidio de guardería?

- 1 ☐ Dejó de recibir beneficios de "welfare" y se terminó el período de prioridad
- 2 ☐ Aumento en ingresos
- 3 ☐ Perdió su empleo/Dejó de trabajar
- 4 ☐ No está/Ya no está capacitándose o en la escuela
- 5 ☐ Verano (no hay escuela)
- 6 ☐ El financiamiento se terminó/Recorte presupuestario del estado
- 7 ☐ Problemas administrativos
- 8 ☐ No encontró una guardería adecuada o de su satisfacción
- 9 ☐ Horas inconsistentes de trabajo/No trabajaba las suficientes horas
- 10 ☐ No podía pagar los copagos
- 11 ☐ Necesita volver a aplicar/Perdió el plazo para actualizar sus datos
- 12 ☐ Reportó información errónea
- 13 ☐ Otra (favor especifique)

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: OMITIR las preguntas 12-15 **SI** la respuesta a Pregunta 1 en el Módulo principal Sección M es “La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa” **O** “El cuidador lleva al niño al trabajo o la escuela con él/ella” **O** “Pariente que vive en su casa” **O** “Pariente que vive en otra casa” **O** "Persona no familiar, como un amigo, vecino, niñera, niñera”

Ahora, voy a preguntar sobre el proveedor de cuidado de niños que eligió para su hijo.

12. ¿Su proveedor de guardería...? (Marque todo lo que corresponda.)

¹ ☐ Reserva tiempo para actividades al aire libre en un espacio seguro?

² ☐ Planifica lecciones para niños con juguetes y materiales apropiados para la edad de los niños? [**INDIQUE:** Como saltar la cuerda, saltar, estirarse]

³ ☐ Proporciona un cepillo de dientes para su hijo, o solicita que usted lo haga?

⁴ ☐ Habla con los niños sobre alimentos saludables? [**INDIQUE:** Como a través de canciones o juegos]

⁵ ☐ Permite tiempo de pantalla para los niños en su cuidado?

⁶ ☐ Proporciona un espacio limpio y amigable para los niños?

⁷ ☐ Proporciona información escrita sobre las reglas y expectativas que tienen mientras [**NOMBRE DEL NIÑO**] está a su cuidado?

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

13. ¿Cómo calificaría las estrategias disciplinarias de su proveedor de guardería ?

¹ ☐ Severas/demasiado estrictas

² ☐ Apropriadas/justas

³ ☐ Relajadas/demasiado suave

⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa

⁶⁶ ☐ TBD

14. ¿ La guardería de [NOMBRE DEL NIÑO**] le ofrece información general/apoyo sobre...? (Marque todo lo que corresponda.)**

¹ ☐ Comportamiento y desarrollo de los niños

² ☐ Nutrición infantil

PI:

- 3 ☐ Temas de salud infantil, como salud oral, piojos, diarrea, resfriados, prevención de caídas
- 4 ☐ Actividades de juego para niños
- 5 ☐ Proceso de aprendizaje de los niños
- 6 ☐ Otra (*favor especifique*)
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

15. ¿Qué tan involucrado está con la guardería de [NOMBRE DEL NIÑO]?

- 1 ☐ No mucho más allá de dejar al niño y recogerlo
- 2 ☐ Algo involucrado. Hablo con el proveedor regularmente y participo en eventos especiales
- 3 ☐ Muy involucrado. Hablo con el proveedor todos los días y ayudo en las actividades de salón
- 4 ☐ Otro (*favor especifique*)
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

MODULE 3: ACCESS TO PROGRAMS AND SERVICES

NOTA DE PROGRAMACIÓN: Para cada uno de estos programas, queremos que se complete automáticamente desde el Módulo principal (es decir, dependiendo de las respuestas a las preguntas de participación en cada programa específico).

Las siguientes preguntas son sobre la experiencia (suya o de su hogar) de acceder a programas de asistencia y servicios de salud comunitarios, estatales o federales. Estos incluyen programas o servicios que el hogar [de usted / del niño] actualmente recibe o ha recibido anteriormente.

Primero, le preguntaré sobre su experiencia con el programa WIC (Mujeres, Bebés y Niños por sus siglas en inglés):

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación en el programa P.1 en la Sección K del Módulo Principal es (2) No (3) Sí: recibía, pero ahora no, o (66) TBD **ENTONCES** haga la P1, a continuación.

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

- | | |
|--|---|
| 1 ☐ No tiene transporte | 4 ☐ No sabía que podría recibirlo debido a su estado de inmigración (migratorio) |
| 2 ☐ WIC no provee fórmula especial/Dieta especial | 5 ☐ No tiene dirección/Vive en un albergue |
| 3 ☐ Me mudé | 6 ☐ Enfermedad del (de la) niño(a) |

PI:

- 7 ☐ Horarios de oficina de WIC/Faltó a una cita
- 8 ☐ Problemas administrativos
- 9 ☐ No volvió a certificar
- 10 ☐ No conoce el programa
- 11 ☐ Nuevo bebé
- 12 ☐ Problemas burocráticos
- 13 ☐ Malentendido sobre las reglas
- 18 ☐ No quiere WIC/No usa la comida de WIC

- 14 ☐ No necesita WIC/No es elegible por los ingresos
- 15 ☐ Solicitud pendiente de WIC/Tiene planificado solicitar/Necesita volver a aplicar
- 16 ☐ El trato recibido en la oficina de WIC
- 17 ☐ Otro (*favor especifique*)
- _____
- 99 ☐ NS/Rehúsa
- 66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación en el programa P1 en la Sección K del Módulo Principal es (1) Sí, actualmente **ENTONCES** haga la pregunta 2, a continuación.

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

- 1 ☐ SI 2 ☐ NO 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

A continuación, le preguntaré sobre su experiencia personal con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o SNAP (por sus siglas en inglés).

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación en el programa P3 en la Sección K del Módulo Principal es (1) No, nunca recibió SNAP; (2) Apliqué, pero se me denegó; (3) Recibió SNAP antes, pero no ahora; **ENTONCES** haga la pregunta 3:

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

- 1 ☐ No es elegible debido a sus ingresos/SSI/Cuidado adoptivo temporal (*Foster Care*)/Manutención [del niño/de la niña]
- 2 ☐ Quitaron sus beneficios/Dejó de recibir el beneficio SNAP [**CONTINÚE a la P. 3a**]
- 3 ☐ Padre/Madre adolescente/Demasiado joven para ser cabeza de familia para los beneficios de SNAP
- 4 ☐ Cambió el número de personas en el hogar (que resultó en un aumento de los ingresos) /Sus bienes son muy altos
- 5 ☐ Razones del estado migratorio/Miedo al ICE (USCIS)
- 6 ☐ Razones personales/Estigma
- 7 ☐ Problemas burocráticos /trato en la oficina de SNAP
- 8 ☐ Horarios de oficina de SNAP/Faltó a una cita con SNAP
- 9 ☐ Razones relacionada con una mudanza
- 10 ☐ Encarcelamiento/problema legal
- 11 ☐ Perdió custodia del(de la) niño(a)
- 12 ☐ No sabía que era elegible/No conoce el programa
- 13 ☐ No necesita SNAP
- 14 ☐ Elige no participar

15 ☐ Otro (*favor especifique*)

66 ☐ TBD

99 ☐ NS/Rehúsa

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la pregunta anterior (P3) es (2) Interrupción del SNAP/Dejar de recibir el beneficio SNAP **ENTONCES** continúe con la pregunta 3a, a continuación.

3a. ¿Por qué le quitaron los beneficios de SNAP?

1 ☐ Aumentaron sus ingresos

2 ☐ Reportó información incorrecta / No cumplió con la fecha límite para recertificarse

3 ☐ Se lo quitaron por razones de su estado de inmigración (*migratorio*)

4 ☐ Cambio de empleo

5 ☐ Vive con familia

6 ☐ Fraude

7 ☐ Problema de custodia

8 ☐ Encarcelamiento/Problema legal

9 ☐ Otro (*favor especifique*) _____

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P3 sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (4) Si, actualmente recibe SNAP; o (6) padre adolescente - recibe SNAP en el beneficio de los padres **ENTONCES** haga la pregunta 4a, a continuación.

4. Desde [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.*]

1 ☐ Aumentó [CONTINÚE con la P. 4a]

2 ☐ Disminuyó [CONTINÚE con la P. 4a]

3 ☐ Ningún cambio [SALTE a la P. 5]

99 ☐ NS/Rehúsa [SALTE a la P. 5]

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la pregunta anterior (P4) es (1) Aumentó o (2) Disminuyó **ENTONCES** haga la pregunta 4a, a continuación.

4a. ¿Por qué cambió la cantidad de sus beneficios de SNAP? ¿Fue porque...

- ☐ Cambiaron sus ingresos/Cambió su beneficio financiero de ayuda pública (*Welfare*)
- ☐ Subió el costo de vida/ Disminuyeron los fondos estatales
- ☐ Se mudó/Cambió la renta/Vive en un albergue
- ☐ Cambió el aporte financiero del padre (*manutención al niño*) /Recibe pagos de SSI o de Cuidado Adoptivo Temporal
- ☐ Hay un nuevo bebé/El número de personas en su hogar cambió
- ☐ Recibe un paquete de estímulo/ARRA
- ☐ Reportó información incorrecta/No cumplió con la fecha límite
- ☐ Estado migratorio de algún miembro del hogar
- ☐ Perdió el beneficio de asistencia financiera pública/ayuda social
- ☐ Problemas administrativos/problemas de computación
- ☐ Otro (*favor especifique*) _____
- ☐ NS/Rehúsa
- ☐ TBD

5. Desde [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?

- ☐ No, nunca
- ☐ Casi todos los meses
- ☐ Algunos meses, pero no todos
- ☐ Solamente 1 o 2 meses
- ☐ NS/Rehúsa
- ☐ TBD

Las siguientes preguntas son sobre el programa de asistencia monetaria conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), también conocido como ayuda social o en [Insertar nombre del estado] conocido como [NOMBRE DEL PROGRAMA ESTATAL]

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P4a sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (2) SÍ, recibo asistencia monetaria/ asistencia social ahora; o (6) SOLO NIÑO - [el cuidador no está incluido en el beneficio]: SÍ, recibo “welfare” actualmente pero sólo para mis hijos/SÍ, mi solicitud está aprobada con pago pendiente pero sólo para mi(s) hijo(s). **ENTONCES** haga la P6, a continuación.

PI:

6. ¿Por cuánto tiempo usted o el/la niño(a) han recibido asistencia financiera/ayuda social?

[ENTREVISTADOR: redondear a los años y meses enteros más cercanos O usar el código siguiente]

____ años ____ meses

77 ☐ SOLO NIÑO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P4 sobre participación en programas (Alguna vez usted o su niño(a) han recibido asistencia) en la Sección K del Módulo Principal es: (2) No, se sobre el programa, pero ni yo ni mi hijo nunca hemos recibido asistencia social; O si la respuesta a la P4a es (1) Mi hijo(a) o yo hemos recibido “welfare” anteriormente, pero NO ahora; o (66) **ENTONCES** haga la P7, a continuación.

7. ¿Cuál [fue/es] la razón PRINCIPAL por la cual usted [no recibe/dejó de recibir] la asistencia financiera/ayuda social?

1 ☐ Razones personales/estigma

2 ☐ Problemas burocráticos/trato en la oficina de ayuda social

3 ☐ Razones de inmigración

4 ☐ Tiene/Obtuvo trabajo (empezó un trabajo nuevo) /Sus ingresos aumentaron

5 ☐ Cambio en la situación familiar/Otras personas en el hogar ganan suficientes ingresos/Aumentaron otros ingresos/Recibe SSI

6 ☐ No quería usar todo el tiempo límite

7 ☐ Cumplió el tiempo límite

8 ☐ La/lo cortaron, no completó los requisitos, no entrego información a la oficina de ayuda social [CONTINUE a la P. 7a]

9 ☐ Padre/Madre adolescente

10 ☐ No es elegible

11 ☐ Eligió no participar/No lo necesita

12 ☐ [SOLO AR] Llegó al límite de niños cubiertos por el beneficio (‘family cap’)

13 ☐ Malentendido sobre las reglas del programa

14 ☐ Razones relacionada con una mudanza

15 ☐ Problemas legales

16 ☐ Pérdida de custodia (el/la niño(a) esta con el otro padre o bajo la custodia del estado)

17 ☐ No quiere completar la documentación obligatoria para recibir manutención de los hijos(as)/No quiere solicitar manutención al padre.

18 ☐ Horario de oficina de la ayuda social/Cita perdida

19 ☐ Otro (*favor especifique*)

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la anterior pregunta (P6) es (8) La/lo cortaron, no completó los requisitos, no entrego información a la oficina de ayuda social **ENTONCES** haga la P7a, a continuación.

7a. ¿Cuál fue la razón por la cual le cortaron la ayuda social? Fue porque usted...

- ☐ 1 ¿No cumplió con la fecha límite de recertificación/No entregó los documentos requeridos?
- ☐ 2 ¿No cumplió con el requisito de empleo o de la búsqueda de trabajo?
- ☐ 3 **[SOLO Massachusetts]**: ¿No proveyó la información necesaria sobre las vacunas [del niño/de la niña]?
- ☐ 4 ¿No cumplió con los requisitos de estudios o vivienda para padres adolescentes?
- ☐ 5 ¿Algún niño en la vivienda no cumplió con los requisitos de ayuda escolar?
- ☐ 6 No dio información/No actualizó su información en la oficina de ayuda social.
- ☐ 7 No tiene dirección permanente
- ☐ 8 No quiere completar la documentación obligatoria para recibir manutención de los hijos(as)/No quiere solicitar manutención al padre.
- ☐ 9 Otro (*favor especifique*) _____
- ☐ 99 NS/Rehúsa
- ☐ 66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P4 sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (2) Sí, recibo asistencia monetaria/ayuda social ahora o (3) Solicitud aprobada con pago pendiente; o (66) TBD **ENTONCES** haga la pregunta 8, a continuación.

8. ¿Está usted inscrito en un programa de experiencia y reinserción laboral (work-fare), entrenamiento de trabajo, servicio comunitario o programa educativo como requisito de la ayuda social? [INDIQUE: Puede escoger más de una]

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Sí, programa de experiencia y reinserción laboral | ☐ 5 Sí escuela/programa educativo |
| ☐ 2 Sí, capacitación laboral | ☐ 6 No |
| ☐ 3 Sí, búsqueda de empleo | ☐ 99 NS/Rehúsa |
| ☐ 4 Sí, servicio comunitario | ☐ 66 TBD |

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI, la respuesta a la P4 sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (2) Sí, Recibo asistencia monetaria / ayuda social ahora o (6) SOLO NIÑO - [el cuidador no está incluido en el beneficio]: Sí, recibo “welfare” actualmente pero sólo para mis hijos/Sí, mi solicitud está aprobada con pago pendiente pero sólo para mi(s) hijo(s). **ENTONCES** haga la pregunta 9, a continuación.

9. ¿Cuánto dinero recibe de la ayuda social mensualmente, SIN incluir los beneficios de SNAP? [INDIQUE: ¿Este es el total de la ayuda social por un mes, no SNAP?]

\$ _____

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI, la respuesta a la P4 sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (6 o 7), **ENTONCES PASE** a P12. SI, la respuesta a la P4 sobre participación en programas en la Sección K del Módulo Principal es (2) Sí, Recibo asistencia monetaria / ayuda social ahora o (66) TBD entonces **CONTINUE** a la P10. De otro modo, **PASE** a la P.12 solamente que no sea Arkansas, entonces **PASE** a la P.11.

10. ¿Este(a) niño(a) está cubierto/a por el beneficio?

1 ☐ Si [PASE a la P. 11 (AR)/ P.12 (PA, MN, MD)]

99 ☐ NS/Rehúsa [PASE a la P. 11 (AR)/P. 12 (PA, MN, MD)]

2 ☐ No [SALTE a la pregunta P. 10a]

66 ☐ TBD

10a. ¿Por qué este(a) niño(a) no está cubierto(a) por el beneficio de ayuda social? ¿Es porque...

1 ☐ Ocurrió otro embarazo mientras recibía la ayuda social ("family cap")

6 ☐ Él/ella no es elegible

2 ☐ Él/ella recibe SSI/Cuidado adoptivo temporal/ Recibe manutención de/la niño(a)

7 ☐ No lo necesita económicamente

3 ☐ No está cubierto/a por el estado migratorio de la familia

8 ☐ Demasiados trámites para recibirlo / no quiere recibirlo

4 ☐ No han añadido al niño/a la niña todavía

9 ☐ Tiene una solicitud pendiente/Tiene pensado aplicar

5 ☐ Recibe apoyo de un pariente

10 ☐ Otro (*favor especifique*)

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: La P11 es solo para AR. SI la respuesta en la P7 sobre el número de niños en el hogar en la Sección I del Módulo Principal es = 1 (hogar con solo un niño) **PASE** a la P12.

11. ¿Hay otros niños viviendo en su hogar? En tal caso, ¿hay algún hijo que NO esté cubierto por el beneficio debido a la política de límite familiar (family cap)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

Ahora hablaremos sobre el seguro médico y la cobertura de recetas médicas de [NOMBRE DEL NIÑO].

12. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿hubo algún momento en el que [NOMBRE DEL NIÑO] NO haya tenido seguro médico?

Created: 03.05.2021

Updated: 02.13.2024

Version: 2.1

PI:

1 ☐ Sí [CONTINÚE con la P. 12a]

99 ☐ NS/Rehúsa [SALTAR a la P. 13]

2 ☐ No [SALTAR a la P. 13]

66 ☐ TBD

**12a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual su niño(a) no ha tenido seguro médico?
Fue porque...**

1 ☐ ¿Usted no podía pagar los pagos mensuales o copagos? [INDIQUE: los copagos son la cantidad de dinero que debe pagar cada mes.]

5 ☐ ¿Ha tenido malas experiencias con esto o con otras oficinas del gobierno?

2 ☐ ¿Usted no podía presentar el certificado de nacimiento u otros documentos requeridos para recibir el seguro médico?

6 ☐ ¿No sabía cómo hacerlo o no conocía el proceso?

3 ☐ [SÓLO para los cuidadores que nacieron fuera de los Estados Unidos] ¿Usted estaba preocupado(a) por su estado migratorio?

7 ☐ ¿Su hijo es un bebé recién nacido?

8 ☐ ¿Está pendiente?

9 ☐ ¿El niño no es elegible?

10 ☐ ¿Le retiraron el beneficio al niño?

11 ☐ Otro (favor especifique)

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

Ahora piense en el seguro de salud y los costos de atención médica que ha tenido para su hijo en los últimos doce meses.

13. Desde el [MES ACTUAL] del año pasado, ¿ha habido algún cambio de lo que debe pagar por el seguro del niño, ya sea en los pagos mensuales o copagos?

1 ☐ Sí [CONTINÚE a la P. 13a]

99 ☐ NS/Rehúsa [SALTAR a la P. 14]

2 ☐ No [SALTAR a la P. 14]

66 ☐ TBD

13a. ¿Hubo...

1 ☐ un incremento en el costo?

99 ☐ NS/Rehúsa

2 ☐ una disminución en el costo?

66 ☐ TBD

3 ☐ Otro (favor especifique) _____

14. Desde [MES ACTUAL] del año pasado, ¿ha habido algún cambio en lo que se le requiere a usted pagar por los medicamentos recetados del niño(a)?

1 ☐ Sí [CONTINÚE a la P. 14a]

99 ☐ DK / rechazado [SALTAR a la P. 15]

2 ☐ No [SALTAR a la P. 15]

66 ☐ TBD

14a. ¿Hubo...

- ☐ un incremento en los copagos de los medicamentos?
- ☐ una disminución en los copagos de los medicamentos?
- ☐ Otro (*favor especifique*) _____
- ☐ NS/Rehúsa
- ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: la P15, a continuación, es solo para aquellos que responden “Sí” a la P2 en la Sección F, del Módulo Principal.

15. Usted nos dijo anteriormente que su hijo en algún momento en el pasado necesitaba medicamentos recetados o atención médica, pero no pudo obtenerlos porque [usted/la familia] no podían pagarlos. ¿Qué específicamente no pudo [usted/su familia] pagar?

- ☐ Los medicamentos recetados
- ☐ La atención médica
- ☐ Ambos
- ☐ NS/Rehúsa
- ☐ TBD

Siguiendo, estas preguntas son sobre las necesidades de salud oral de su hijo.

16. ¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha ido alguna vez al dentista o ha sido visto por un proveedor de la salud dental?

- ☐ Sí [CONTINÚE a la P. 17] ☐ DK / Rechazado [SALTE a la P. 18]
- ☐ No [SALTE a la P. 18] ☐ TBD

17. ¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha tenido alguna vez un procedimiento dental como una extracción dental bajo anestesia o un arreglo de una carie?

- ☐ Sí ☐ No ☐ NS/Rehúsa ☐ TBD

18. Por muchas razones las personas a veces tienen dificultades para obtener cuidado dental cuando lo necesitan. ¿Ha habido un momento cuando [NOMBRE DEL NIÑO] ha necesitado atención dental, pero se retrasó o no la recibió?

- ☐ Sí [CONTINÚE a la P. 18a] ☐ NS/Rehúsa [SALTE a la P. 19]
- ☐ No [SALTE a la P. 19] ☐ TBD

18a. La última vez que su hijo(a) no pudo recibir el cuidado dental que él/ella necesitaba, ¿cuál fue la razón principal por la cual no recibió el cuidado?

☐ Sin seguro

☐ Problemas con la aceptación del seguro dental o cobertura del seguro

☐ No pudo hacer la cita porque el dentista/la clínica no acepta pacientes de la edad de mi hijo(a)

☐ Problemas para programar la cita, el tiempo de espera en la clínica es muy largo o las horas de oficina no son convenientes

☐ No hay dentista en mi área o no sabía adónde ir

☐ No había manera de llegar allí/problemas con el transporte

☐ No pudo pagar el copago

☐ Habla un idioma diferente.

☐ Tenía compromisos con el trabajo o la familia.

☐ Problema no lo suficientemente grave

☐ No le gustan/tiene confianza/cree en los dentistas

☐ Otro (*favor especifique*)

☐ NS/Rehúsa

☐ TBD

Las siguientes preguntas son sobre el acceso al tratamiento y consejería para problemas con las emociones, los nervios o la salud mental.

19. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visto o hablado con alguno de los siguientes proveedores de atención médica sobre su propia salud? ... Un profesional de salud mental como un psiquiatra, psicólogo, enfermera(o) psiquiátrico o trabajador social clínico.

☐ Sí ☐ No ☐ NS/Rehúsa ☐ TBD

20. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿alguno de sus hijos ha visto o hablado con alguno de los siguientes proveedores de atención médica sobre su salud? ... Un profesional de salud mental como un psiquiatra, psicólogo, enfermero psiquiátrico o trabajador social clínico.

☐ Sí ☐ No ☐ NS/Rehúsa ☐ TBD

21. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo algún momento cuando necesitó cuidado de salud mental o consejería, pero no lo consiguió porque no podía pagarlo?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/Rehúsa ☐ TBD

22. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo algún momento en que sus hijos necesitaron algo de lo siguiente, pero no lo obtuvieron porque no podían pagarlo? ... atención o consejería sobre su salud mental

☐ Sí ☐ No ☐ NS/Rehúsa ☐ TBD

MODULE 4: IMMIGRATION

La siguiente sección es sobre su experiencia personal de inmigración. La información que comparta con nosotros es **CONFIDENCIAL** y no la divulgaremos de ninguna manera que pueda identificarlo a usted o a su familia. Analizaremos y presentaremos los datos solo como parte del grupo más grande de personas que han respondido estas preguntas.

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI en la respuesta a la P. 4 en la Sección B del Módulo Principal un cuidador informa haber nacido fuera de los Estados Unidos **ENTONCES** haga estas preguntas.

NOTA DE PROGRAMACION: Hacer las preguntas 1 al 9 y las preguntas 16 y 17 a todos los participantes inmigrantes. Y SI inmigraron a Estados Unidos cuando tenían 13 años de edad o más también se les pregunta las preguntas 10 al 15.

1. ¿Por qué emigró a este país? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 Debido a la falta de empleo, en busca de empleo | ☐ 6 Por temor a mi seguridad (y/o) de mi familia |
| ☐ 2 Por razones políticas | ☐ 7 Por educación |
| ☐ 3 Por razones religiosas | ☐ 8 Para mejor salud/asistencia sanitaria |
| ☐ 4 Por la posibilidad de un futuro mejor | ☐ 9 Otro (favor especifique): _____ |
| ☐ 5 Por mi familia/razones familiares | ☐ 99 NS/Rehúsa |
| | ☐ 66 TBD |

2. ¿Dejó su país de origen con otros? [INDIQUE: Por ejemplo, con la familia]
(Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 Sí, vine con familia. | ☐ 4 No – vine solo |
| ☐ 2 Sí, vine con otros que no conocía antes | ☐ 99 NS/Rehúsa |
| ☐ 3 Sí, vine con otros que conocía | ☐ 66 TBD |

3. ¿Envía usted dinero a su país de origen?

- | | |
|---|--|
| ☐ 1 Sí [Continuar a la P. 4] | ☐ 99 NS/Rehúsa [Pase a la P. 5] |
| ☐ 2 No [Pase a la P. 5] | ☐ 66 TBD |

4. [SI, SÍ] ¿Con qué frecuencia envía dinero a su país de origen?

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 Dos o más veces por mes | ☐ 3 En meses alternos (un mes si, otro mes no) |
| ☐ 2 Una vez al mes | ☐ 4 Cada tres meses |

- 5 ☐ Una vez al año
6 ☐ Cuando puedo

- 99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

Ahora tenemos algunas preguntas sobre sus experiencias con el sistema de salud. La última vez que usted o su hijo vieron a un médico...

5. ¿Tuvo dificultad para entender al médico o la enfermera? [INDIQUE: debido al idioma]

- 1 ☐ Sí, necesité ayuda con la traducción 3 ☐ Sí, pero no necesité ayuda con la traducción **[Pase a la P. 7]** 2 ☐ No 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

6. ¿Quién fue la persona que lo ayudó a entender al médico o la enfermera? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Un niño menor (<i>menor de 18 años</i>) | 5 ☐ Personal de consultorio no médico o alguien más |
| 2 ☐ Un adulto que es familiar o amigo | 7 ☐ No tenía a nadie para ayudarme |
| 3 ☐ Intérprete profesional (<i>ya sea en persona y/o por teléfono</i>) | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| 4 ☐ Personal médico (incluyendo enfermeras/doctores) | 66 ☐ TBD |

Las siguientes dos preguntas se refieren a su experiencia al acceder a un seguro de salud público para usted mismo.

7. Independientemente de su estado actual de seguro de salud, ¿alguna vez ha intentado inscribirse o comprar un seguro de salud en su estado o a través de [NOMBRE DE PROGRAMA ESTATAL]? [ENTREVISTADOR: Reemplazar con término local; esta pregunta se refiere al cuidador]

- 1 ☐ Sí (**PASE a la P. 10**) 2 ☐ No 99 ☐ NS/Rehúsa 66 ☐ TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P. 8 anterior es <u>NO</u> SIGA y haga esta pregunta.

8. ¿Cuál fue la razón principal por la cual no se inscribió en el seguro de salud a través [NOMBRE DE PROGRAMA ESTATAL]? [ENTREVISTADOR: Reemplazar con termino local; esta pregunta se refiere al cuidador]

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Ya tengo seguro | 7 ☐ No quiero comprarlo |
| 2 ☐ No califico | 8 ☐ Estoy satisfecho con mi cobertura actual |
| 3 ☐ No sé si soy elegible para ello | 9 ☐ Estoy sano y no necesito seguro |
| 4 ☐ Estoy preocupado por mi estado de ciudadanía | 10 ☐ No confío en el programa/gobierno |
| 5 ☐ Es muy caro | 11 ☐ Otro (<i>favor especifique</i>): _____ |
| 6 ☐ Es demasiado complicado o confuso | 99 ☐ NS/Rehúsa |
| | 66 ☐ TBD |

A continuación, nos gustaría saber su opinión sobre el actual ambiente para los inmigrantes en los EE. UU.

9. ¿Cree que hoy en día existe definitivamente, algo o ningún ambiente anti-inmigrante?

- 1 ☐ Definitivamente ambiente anti-inmigrante
2 ☐ Algo de ambiente anti-inmigrante
3 ☐ Ningún ambiente anti-inmigrante
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

En estos días escuchamos mucho acerca de personas que reciben preguntas sobre su estado migratorio solo por su aspecto o por cómo hablan. Para algunas personas, esto ha cambiado la forma en que llevan su vida diaria. Voy a leer una lista de cosas comunes que hace la gente. Para cada una de estas, dígame si alguna vez lo ha evitado porque no desea que le molesten o le pregunten sobre su estado de ciudadanía estadounidense.

10. ¿Alguna vez ha evitado lo siguiente porque no quiere que le pregunten sobre su estado de ciudadanía estadounidense?

		1 SÍ	2 NO	99 NS/ Rehúsa	77 NO SE APLICA	66 TBD
a.	Hablar con maestros de escuela o funcionarios escolares					
b.	Hablar con la policía o denunciar un delito					
c.	Renovar o solicitar una licencia de conducir					
d.	Solicitar o permanecer inscrito en asistencia pública, como SNAP					
e.	Solicitar o permanecer inscrito en un seguro de salud					
f.	Acceder a programas de asistencia como de un banco de alimentos, programa de despensas en mochilas, comedor comunitario					
g.	Visitar a un médico o una clínica					
h.	Usar transporte como el autobús, el tren, el metro, o el avión					

Las siguientes preguntas se refieren al estrés que puede sentir en ciertas situaciones. Dígame si en los últimos **12 meses** alguna de las siguientes situaciones le ha causado: nada de estrés, un poco de estrés, estrés moderado, mucho estrés, estrés severo o si esto no se aplica a usted.

		1 Sin estrés	2 Un poco de estrés	3 Estrés moderado	4 Mucho estrés	5 Estrés severo	6 No aplica	99 NS/Rehúsa	66 TBD
11.	Me han preguntado sobre mi estado legal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Pensé que podría ser deportado si fuera a una agencia social/gubernamental.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo recibamos la atención médica que necesitamos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo consigamos la comida que necesitamos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo recibamos el cuidado de niños que necesitamos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Esta última sección le preguntará sobre sus experiencias personales y sociales.

16. ¿En qué idiomas están los programas de televisión, las estaciones de radio o los periódicos que suele ver, escuchar o leer?

☐ Solo inglés (es mi lengua materna)

☐ Solo inglés (aunque no es mi lengua materna)

☐ Inglés y otros idiomas

☐ Solo otros idiomas

☐ NS/Rehúsa

☐ TBD

17. Voy a leer una lista de recursos comunitarios, grupos y asociaciones. Dígame si participa en alguno de los siguientes... Elija todos los que correspondan [ENTREVISTADOR: Esta pregunta se refiere al cuidador.]

☐ 1 Organizaciones que asisten a inmigrantes

☐ 2 Asociaciones deportivas y clubes

☐ 3 Grupos educativos

☐ 4 Grupos culturales

☐ 5 Grupos religiosos [**INDIQUE:** Nos referimos si participa en la vida de un grupo religioso, no si es personalmente religioso.]

☐ 6 Grupos de apoyo relacionados con su trabajo

☐ 7 Grupos que protegen y defienden los derechos de trabajadores

☐ 8 Grupos comunitarios (consejos o centros comunitarios)

☐ 9 Otros grupos sociales _____

☐ 10 Ninguna de las anteriores

☐ 99 NS/Rehúsa

☐ 66 TBD

MODULO 5: BIENESTAR ECONÓMICO

Dificultades Financieras

La información sobre bienestar financiero puede ser difícil de compartir. La información que nos comparta hoy no será reportada en ninguna forma en la cual identifique a usted o a su hogar. Estas preguntas nos ayudan a entender mejor las responsabilidades financieras de las familias.

Ahora le leeré algunas declaraciones. Por favor, dígame qué tan bien estas declaraciones lo describen a usted o a su situación; por ejemplo, completamente, muy bien, algo, muy poco o nada.

1. Debido a mi situación económica, siento que nunca tendré las cosas que quiero en la vida.

- 1 ☐ Completamente
2 ☐ Muy bien
3 ☐ Algo
4 ☐ Muy poco

- 5 ☐ Nada
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

2. Apenas puedo sobrevivir económicamente.

- 1 ☐ Completamente
2 ☐ Muy bien
3 ☐ Algo
4 ☐ Muy poco

- 5 ☐ Nada
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

3. Estoy preocupada(o) que el dinero que tengo y el que ahorraré no durara.

- 1 ☐ Completamente
2 ☐ Muy bien
3 ☐ Algo
4 ☐ Muy poco

- 5 ☐ Nada
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

Ahora dígame con qué frecuencia se aplican a usted las siguientes situaciones, por ejemplo, siempre, frecuentemente, a veces, raramente, nunca.

4. Me sobra dinero al fin de mes.

- 1 ☐ Siempre
2 ☐ Frecuentemente
3 ☐ A veces
4 ☐ Raramente

- 5 ☐ Nunca
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

5. Mis finanzas controlan mi vida.

- 1 ☐ Siempre
2 ☐ Frecuentemente
3 ☐ A veces
4 ☐ Raramente

- 5 ☐ Nunca
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD

Empleo

Ahora tengo algunas preguntas acerca de su empleo.

1. ¿Cuál de los siguientes describe su empleo actual o su estado laboral? (Marque todo lo que corresponda)

- 1 ☐ Trabajo tiempo completo para otra persona (un empleador o el ejército)
2 ☐ Trabajo tiempo parcial para otra persona (un empleador o el ejército)

- 3 ☐ Trabajo independientemente (*por cuenta propia*) o como propietario único (*comerciante*)
4 ☐ Trabajo como consultor/contratista (*como conductor de viaje compartido, paseador de perros, y otro tipo de "chambas"*)
5 ☐ Ama de casa [**PASE a la P. 4**]
6 ☐ Estudiante a tiempo completo [**PASE a la P. 4**]
7 ☐ Permanentemente enfermo, discapacitado o no puede trabajar. [**PASE a la P. 4**]
8 ☐ Desempleado o despedido temporalmente [**PASE a la P. 4**]
9 ☐ Jubilado [**PASE a la P. 4**]
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD
2. **Considerando su trabajo principal, ¿normalmente comienza y termina aproximadamente a la misma hora cada día que trabaja?** [**INDIQUE: ¿O varía de una semana a otra?**]
1 ☐ Normalmente trabaja las mismas horas [**PASE a la P. 4**]
2 ☐ El horario varía, principalmente por solicitud mía [**PASE a la P. 4**]
3 ☐ El horario varía, principalmente basado en las necesidades de mi empleador
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD
3. **¿Aproximadamente con cuánto tiempo de anticipación le informa su empleador generalmente las horas que necesitará trabajar en cualquier día?**
1 ☐ Con un día o menos de anticipación (*incluso de guardia*)
2 ☐ De 2 a 3 días de anticipación
3 ☐ De 4 a 6 días de anticipación
4 ☐ De 1 a 2 semanas de anticipación
5 ☐ De 2 a 4 semanas de anticipación
6 ☐ Más de un mes de anticipación
99 ☐ NS/Rehúsa
66 ☐ TBD
4. **Durante el mes pasado, ¿se le ha pagado por actividades laborales ocasionales o trabajos extras?**
1 ☐ SI 2 ☐ NO [**PASE a la P. 6**] 99 ☐ NS/ Rehúsa [**PASE a la P. 6**] 66 ☐ TBD
- 4a. **Durante el mes pasado, ¿cuál es la razón principal por la que ha participado en actividades de trabajo remuneradas ocasionales o trabajos extras?**
1 ☐ Para ganar dinero como fuente principal de ingresos
2 ☐ Para ganar dinero adicional además del pago de un trabajo actual, jubilación, pensión, discapacidad u otra fuente regular de ingresos
3 ☐ Para ganar dinero extra para ayudar a los miembros de la familia.

4 ☐ Para mantener actualizadas las habilidades relacionadas con el trabajo

5 ☐ Para adquirir nuevas habilidades relacionadas con el trabajo

6 ☐ Para establecer contactos/conocer gente

7 ☐ Solo por diversión (*como un pasatiempo*)

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

5. **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo cambia el ingreso actual de su hogar de mes a mes, si acaso cambia?**

1 ☐ No varía para nada

2 ☐ Aproximadamente lo mismo cada mes

3 ☐ Aproximadamente lo mismo la mayoría de los meses, pero algunos meses inusualmente altos o bajos durante el año

4 ☐ A menudo varía bastante de un mes a otro

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

6. **Para cada uno de los siguientes beneficios que los empleadores pueden ofrecer, indique si tiene acceso al beneficio a través de su empleador actual o anterior o el de su [espos(a)/pareja/otro]. (Marque todo lo que corresponda)**

1 ☐ Seguro de salud

2 ☐ 401(k) u otra cuenta de ahorro para la jubilación patrocinada por el empleador

3 ☐ Reembolso de matrícula y/o pago de deuda estudiantil

4 ☐ Licencia familiar pagada

5 ☐ Cuidado de emergencia de dependiente

6 ☐ Tiempo pagado de vacaciones, etc.

7 ☐ Ninguna de las anteriores

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

Bienestar Financiero

1. **Ahora tenemos algunas preguntas sobre su bienestar financiero. ¿Tiene usted una cuenta activa de cheques y/o de ahorros activa?** [ENTREVISTADOR: Si es necesario, explicar que hacemos esta pregunta para entender mejor si los cuidadores de niños tienen acceso a servicios financieros incluyéndose cuentas de cheques y de ahorros que sean económicos y no depredadores]

1 ☐ Sí, cheques solamente

- ² ☐ Sí, ahorros solamente
³ ☐ Sí, los dos (*cheques y ahorros*)
⁴ ☐ NO, ninguna
⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa
⁶⁶ ☐ TBD

2. Suponga que tiene un gasto de emergencia que cuesta \$ 400. Según su situación financiera actual, ¿cómo pagaría este gasto? Si utilizaría más de un método para cubrir este gasto, seleccione todos los que correspondan.

- ¹ ☐ Con mi tarjeta de crédito y lo pagaría en su totalidad en la próxima nota
² ☐ Con mi tarjeta de crédito y lo pagaría con el tiempo en abonos
³ ☐ Con el dinero actualmente en mi cuenta de cheques/de ahorro o con efectivo
⁴ ☐ Usaría el dinero de un préstamo bancario o línea de crédito
⁵ ☐ Pediría prestado a un amigo o familiar
⁶ ☐ Usaría un préstamo de día de pago, anticipo de depósito o sobregiro
⁷ ☐ Vendería algo
⁸ ☐ No podría pagar el gasto en este momento
⁹ ☐ Otro (*favor especifique*) _____
⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa
⁶⁶ ☐ TBD

Si se viera necesitada(o) de dinero extra para acabar el mes, ¿serían ciertas para usted las siguientes afirmaciones?

3. Mis amigos o familiares me prestarían el dinero.

- ¹ ☐ SÍ, pero tendría que devolverles el dinero ³ ☐ SÍ, pero no tendría que devolverles el dinero.
² ☐ NO, ellos no me prestarían dinero ⁴ ☐ NO, no les preguntaría
⁹⁹ ☐ NS/Rehúsa ⁶⁶ ☐ TBD

4. En los últimos 12 meses, ¿ha sido contactado por una persona o empresa que intentaba cobrarle una deuda vencida? [INDIQUE: Incluya instancias en las que fue contactado por deudas que usted creía no deber. No incluya instancias en las que la persona o la empresa intentaba comunicarse con otra persona.] (Marque todo lo que corresponda)

- ¹ ☐ Sí, deuda de tarjeta de crédito
² ☐ SI, deudas por gasto médicos
³ ☐ SI, deuda de préstamo estudiantiles
⁴ ☐ SI, otro tipo de deuda
⁵ ☐ NO

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

5. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su hogar experimentó algo de lo siguiente?
(Marque todo lo que corresponda)

1 ☐ Perdió un trabajo

2 ☐ Temporalmente suspendido

3 ☐ Tuvo reducción de las horas de trabajo y/o pago o un negocio mío o de alguien de mi hogar tuvo dificultades financieras

4 ☐ Recibió un aviso de ejecución hipotecaria

5 ☐ Tuvo una reparación importante de su auto o casa

6 ☐ Tuvo una emergencia de salud

7 ☐ Obtuvo un divorcio o separación

8 ☐ Se agregó a un niño a la casa

9 ☐ Experimentó la pérdida del sostén principal (*encarcelado, discapacitado, deportado, muerto*)

10 ☐ Un niño comenzó la guardería o la universidad

11 ☐ Proporcionó apoyo financiero inesperado a un familiar o amigo

12 ☐ Ninguna de estas

99 ☐ NS/Rehúsa

66 ☐ TBD

MÓDULO 6: EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN, EXPERENCIAS POSITIVAS DE LA INFANCIA y ACEs

Experiencia de discriminación (EOD)

En esta siguiente sección se le preguntará acerca de cómo usted es tratado/a. Estas preguntas son acerca de posibles experiencias de discriminación en cualquier etapa de su vida. Al decir discriminación, hablamos de haber sido impedido de hacer algo, haber sido molestado o haber sido hecho sentir inferior en cualquiera de las siguientes situaciones debido a su raza, etnia o color. Le preguntaré si ha experimentado discriminación en un determinado contexto en las siguientes preguntas. Según su experiencia, puede responder con SI o NO. Si SI, también puede responder que tan seguido los experimentó.

[ENTREVISTADOR: El enfoque de estas preguntas es SOLO sobre experiencias de discriminación debido a la raza o color. Asegúrese de que el cuidador está respondiendo con este enfoque.]

	YES	NO	⁵ No se aplica	² Una vez	³ 2-3 veces	⁴ 4 o más veces	⁹⁹ NS/Rechúsa	⁶⁶ TBD
1. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación en la escuela?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación al ser contratado/a u obtener un empleo ?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación en el trabajo?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener una casa?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación al obtener asistencia médica?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación al requerir servicio en una tienda o restaurante?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación al obtener crédito, préstamos bancarios o hipotecarios?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación en la calle, en un lugar público?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación de la policía o en las cortes?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Alguna vez ha experimentado discriminación al aplicar para programas de asistencia gubernamental? [INDIQUE: SNAP, WIC, dinero en efectivo, Medicaid o vivienda subsidiada?	☐	☐	☐					
a. ¿Cuántas veces ocurrió esto?				☐	☐	☐	☐	☐

Futuro del Niño(a)

Ahora nos gustaría preguntarle un poco sobre el futuro de su hijo y su comunidad.

1. ¿Hasta dónde le gustaría que [nombre del niño] llegara en la escuela? ¿Le gustaría que él/ella:

- ₁ ☐ Salga de la escuela antes de la graduación
₂ ☐ Se gradúe de la escuela secundaria
₃ ☐ Reciba algo de estudios universitarios u otro tipo de capacitación
₄ ☐ Se gradúe de la universidad
₅ ☐ Siga estudiando después de la universidad
₉₉ ☐ NS/Rehúsa
₆₆ ☐ TBD

2. Supongamos que, debido a recortes presupuestarios, la ciudad cierra la sucursal de la biblioteca local cerca de su casa. ¿Qué tan probable sería de que sus vecinos se organicen para mantenerla abierta?

- ₁ ☐ Muy probable
₂ ☐ Probablemente
₃ ☐ Improbable
₄ ☐ Muy improbable
₉₉ ☐ NS/Rehúsa
₆₆ ☐ TBD

3. ¿Qué tan cómodo se siente caminando solo/a o con sus hijos en su vecindario ...

	Muy cómoda(o)	Algo cómoda(o)	Incómoda(o)	NS/Rehúsa	TBD
a. Durante el día?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Después del anochecer?	☐	☐	☐	☐	☐

4. Actualmente, ¿qué tan problemático son los disparos o los tiroteos en su vecindario?

- ₁ ☐ Un gran problema
₂ ☐ Un pequeño problema
₃ ☐ No hay problema
₉₉ ☐ NS/Rehúsa
₆₆ ☐ TBD

Experiencias de relación positiva y la comunidad

Ahora, le voy a preguntar sobre sus relaciones familiares. Estas preguntas se refieren a antes de que usted tuviera 18 años.

[ENTREVISTADOR: Después de leer cada pregunta, diga: "¿Diría que ..."]

	¹ Nunca	² Raramente	³ A veces	⁴ A menudo	⁵ Muy a menudo	⁹⁹ NS/Rehúsa	⁶⁶ TBD
1. ¿Con qué frecuencia sintió que su familia lo/a apoyó en tiempos difíciles?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Con qué frecuencia sintió que usted podía hablar con su familia sobre sus sentimientos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Durante cuánto tiempo de su infancia hubo un adulto en su hogar que lo/la hizo sentirse segura(o) y protegida(o)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ahora le voy a preguntar sobre sus relaciones con amigos y otros adultos. Estas preguntas se refieren a antes de que usted tuviera 18 años.

4. ¿Con qué frecuencia se sintió apoyado(a) por sus amigos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Con qué frecuencia hubo al menos dos adultos, además de sus padres, que se interesaron genuinamente y positivamente por usted?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Con qué frecuencia disfrutaste participando en las tradiciones comunitarias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Con qué frecuencia sentiste un sentido de pertenencia en la escuela secundaria?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Encuesta de ACEs

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la persona entrevistada NO es la madre BIOLÓGICA, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO. Empezando con la versión CHW 2.0-2020, el método de administración de las preguntas de ACES son Verbal (usando REDCap) para todos los sitios, incluyendo Filadelfia.

El siguiente grupo de preguntas son acerca de eventos estresantes que usted puede o no puede haber experimentado cuando era más joven (a partir de las edades de 0 a 18 años).

	1 SI	2 NO	99 NS/ Rehúsa	66 TBD
1. ¿Alguno de sus padres u otro(s) adulto(s) en el hogar con frecuencia o con mucha frecuencia lo/a maldecían, insultaban, menospreciaban o humillaban? ¿O actuaba de una manera que le hizo temer que podría lastimarse físicamente?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?	☐	☐	☐	☐

MÓDULO 7: RECURSOS

Ahora le leeré una lista de recursos de los cuales le puedo ofrecer. Mientras leo la lista, siéntase libre de indicarme que información le interesa recibir [ENTREVISTADOR: Si es evidente que las necesidades de la familia constituyen una crisis inminente, incluida una amenaza de vida, notifique a la persona adecuada en su clínica/ED].

1. ¿Desearía información de recursos con respecto a ...(lea y marque todo lo que corresponda)?:

a.	Lista de recursos en la comunidad	1 ☐ Si	2 ☐ No
b.	Cuidado de niños para familias sin servicios	1 ☐ Si	2 ☐ No
c.	WIC	1 ☐ Si	2 ☐ No
d.	Asistencia de servicios públicos de vivienda	1 ☐ Si	2 ☐ No
e.	Violencia doméstica	1 ☐ Si	2 ☐ No
f.	SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	1 ☐ Si	2 ☐ No
g.	Seguro médico/Atención médica	1 ☐ Si	2 ☐ No
h.	Vivienda subsidiada	1 ☐ Si	2 ☐ No
i.	Refugios para mujeres/Refugios para personas sin hogar	1 ☐ Si	2 ☐ No
j.	Bancos de alimentos/Despensas de alimentos/ Comedor popular/Alimentos de bajo costo	1 ☐ Si	2 ☐ No
k.	Programas de capacitación laboral	1 ☐ Si	2 ☐ No
l.	Servicios de depresión o de salud mental.	1 ☐ Si	2 ☐ No
m.	Servicios de intérprete	1 ☐ Si	2 ☐ No
n.	Trabajador social/Servicios sociales	1 ☐ Si	2 ☐ No
o.	Servicios Legales/Defensa para vivienda y desalojo, manutención de niños, asuntos de inmigración	1 ☐ Si	2 ☐ No
p.	Información nutricional	1 ☐ Si	2 ☐ No
q.	Servicios hospitalarios	1 ☐ Si	2 ☐ No
r.	Información sobre desarrollo infantil	1 ☐ Si	2 ☐ No
s.	Ayuda social/Asistencia en efectivo/TANF	1 ☐ Si	2 ☐ No

Created: 03.05.2021

Updated: 11.10.2023

Version: 2

t.	Dejar de fumar	1 ☐ Si	2 ☐ No
u.	Programa de intervención temprana	1 ☐ Si	2 ☐ No
v.	Otra educación: Programas de ESL/Asistencia de matrícula, etc.	1 ☐ Si	2 ☐ No
w.	SSI	1 ☐ Si	2 ☐ No
x.	Seguro dental/cuidado dental	1 ☐ Si	2 ☐ No
y.	Pañales	1 ☐ Si	2 ☐ No
z.	¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de divulgación (específico del sitio)?	1 ☐ Si	2 ☐ No
aa.	Ropa con descuento	1 ☐ Si	2 ☐ No
ab.	Asistencia de reingreso	1 ☐ Si	2 ☐ No
ac.	Inmigración	1 ☐ Si	2 ☐ No
ad.	Finanzas personales	1 ☐ Si	2 ☐ No
ae.	Servicios para Personas de la Tercera Edad	1 ☐ Si	2 ☐ No
af.	Otro: _____	1 ☐ Si	2 ☐ No