

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

NOTA DE PROGRAMACION: P. 1 y P. 2 son auto poblados de la pre-selección

Preguntas De Selección

1. ¿Es una niña o niño? 1 Niño 2 Niña

¿Nombre del niño/de la niña? _____

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

3. ¿Cuál es su relación con él/ella?

1 Madre [*BIOLOGICA*]

5 Madre/padre adoptivo temporal

2 Padre [*BIOLOGICO*]

6 Abuela/abuelo

3 Otro (*favor, especifica*): _____

7 Tía/tío

4 Madre/padre adoptivo

8 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

1 2 **SI NO, NO ES ELEGIBLE**

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

1 2 **SI NO, NO ES ELEGIBLE**

6. ¿Vive usted en este estado?

1 2 **SI NO, NO ES ELEGIBLE**

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

1 SI [SI, si , TERMINE ENTREVISTA]

2 NO

3 Patient Unavailable

Por favor, indique la razón de inelegibilidad:

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

1 SI 2 NO [SI NO, TERMINE ENTREVISTA]

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

| |
|---------------------------------------|
| 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.*]

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 cuál 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 cuál 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

14 Jamaica

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

nacido en el extranjero

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Somalí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Blanca o caucásica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Americano nativo o indígena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Brasileña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Caboverdiano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Haitiana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Jaiquina o antillana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otro (favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿En cual 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

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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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? (Por ejemplo: Inglés, Criollo Haitiano, Somalí, etc.):**

1 Inglés 6 Criollo Caboverdiano
 2 Somalí 7 Otro (*favor especifica*): _____
 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. ¿Cuál es tu identidad de género? Seleccione todas las que apliquen.

1 Hombre 99 NS/Rehúsa
 Mujer 66 TBD
 3 Algo más (*favor especifica*): _____

11. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?

1 Heterosexual
 2 Gay o lesbiana [*INDIQUE: Atracción hacia personas del sexo opuesto*]
 3 Bisexual
 4 Prefiero auto-describirme: _____
 99 NS/Rehúsa
 66 TBD

12. ¿Cuál de los siguientes grupos describe mejor 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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

4 Algo de estudios técnicos o
universitarios99 NS/Rehúsa66 TBD5 Graduado universitario6 Maestría o más

13. ¿Alguien en su hogar participa activamente en el ejército, las reservas o la Guardia Nacional? [INDIQUE: "Hogar" incluye a cualquier persona que viva con usted y comparta recursos financieros.] [ENTREVISTADOR: Esto se refiere solamente al servicio militar en de los EE. UU./Reservas o la Guardia Nacional.]

1 SI2 NO99 NS/Rehúsa66 TBD

14. ¿Alguien en su hogar es un veterano?

1 SI2 NO99 NS/Rehúsa66 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/Rehúsa66 TBD

2. ¿A 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, anteriormente99 NS /Rehúsa [PASE a la P. 5]2 NO [PASE a la P. 5]66 TBD3 Todavía amamanta/recibe leche
materna

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

(Si todavía está amamantando, < 1 mes, o NS/Rehúsa favor de dejar en blanco y seleccionar una de las siguientes opciones)

1 Todavía está amamantando2 <1 mes

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

99 NS/Rehúsa66 TBD**5. En general, diría que la salud de [el/la niño(a)] es...:**1 Excelente3 Regular99 NS/Rehúsa2 Buena4 Mala66 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 PASE a la P. 11.

7. En general, ¿cómo describiría Ud. la salud de la boca y los dientes de su niño(a)?1 Excelente3 Regular99 NS/Rehúsa2 Buena4 Mala66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

Sección D –Desarrollo Infantil (4-48 meses)

[ENTREVISTADOR: Si el niño tiene menos de 4 meses omitir estas preguntas. Escriba notas en la sección de notas para registrar preocupaciones específicas.]

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

Preocupaciones:

₁ Sí, la persona responsable enumera sus preocupaciones.

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

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

₁ SI

₂ NO

₃ Un poco

₉₉ NS/Rehúsa

₆₆ TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

9. ¿Le preocupa como su hijo(a) está aprendiendo las habilidades preescolares o escolares?

1 SI 2 NO 3 Un poco 99 NS/Rehúsa 66 TBD

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 necesita o toma su niño(a) 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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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 1, 2, 3, 4 y 5 son NO; O si las respuestas a las preguntas 1b, 2b, 3b, 4b y 5a son NO ENTONCES 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. ¿TDAH o DDA o en inglés, ADHD o ADD [INDIQUE: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad o Desorden de Déficit de Atención]? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| b. Problemas de conducta o comportamiento, como trastorno de oposición desafiante o desorden de conducta. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Autismo, síndrome de Asperger, desorden de desarrollo persistente u otro desorden del espectro autístico? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Algún retraso en el desarrollo, discapacidad intelectual? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Parálisis cerebral? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Problemas del habla o lenguaje? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Asma? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Alguna otra enfermedad crónica de los pulmones, como displasia broncopulmonar (DBP)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Epilepsia o trastornos convulsivos? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Problemas auditivos? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Problemas de visión no corregidos con anteojos/gafas? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Enfermedad cardíaca congénita? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Lesión cerebral? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Alergias a algún alimento? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| o. Otro (<i>favor especifica</i>): _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

| |
|---|
| 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 especifica): _____

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 especifica): _____

99 NS/Rehúsa

66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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 una de los artículos es NO, no marque la cajita.]

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Su renta/hipoteca | 5 <input type="checkbox"/> Otras cuentas médicas |
| 2 <input type="checkbox"/> Las cuentas de servicios de su vivienda (no teléfono) | 10 <input type="checkbox"/> Otro (<i>favor especifica</i>): _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> La comida | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 4 <input type="checkbox"/> La guardería | 66 <input type="checkbox"/> 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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

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 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| b. No poder controlar o dejar de preocuparse | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| c. Poco interés o placer en hacer las cosas. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |
| d. Sentirse decaído(a), deprimido o desesperado. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 99 <input type="checkbox"/> | 66 <input type="checkbox"/> |

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

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

- 1 SI 2 NO 99 NS/Rehúsa 66 TBD

5. Incluyéndose ha usted ¿cuántas personas fuman cigarrillos en su hogar? __

- 99 NS/Rehúsa 66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

A lo mejor ha oído que más personas en los Estados Unidos han estado en la cárcel o prisión que en muchos otros países. Los profesionales que se dedican a cuidar la salud de los niños están 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.

6. ¿Alguna vez [usted/la madre BIOLÓGICA] estuvo en la cárcel o prisión? [INDIQUE: Incluya detención por parte de ICE.]

1 SI 2 NO [PASE a la P. 7] 99 NS/Rehúsa [PASE a la P. 7] 66 TBD

6a. En caso afirmativo, ¿durante cuál de los siguientes períodos de tiempo [usted/la madre BIOLÓGICA] estuvo en la cárcel o prisión? (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

7. ¿[Usted/el otro cuidador del niño] alguna vez estuvo en la cárcel o prisión? [INDIQUE: Incluya detención por parte de ICE.]

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

7a. En caso afirmativo, ¿durante cuál de los siguientes períodos de tiempo estuvo el otro padre/cuidador del niño en la cárcel o prisión? (Marque todo lo que corresponda).

1 Durante 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

NOTA DE PROGRAMACION: SI P. 6 y/o P. 7 = SI CONTINUE con P. 8. SI P. 6 y/o P. 7 = NO PASE a P. 9. Para los padres de crianza temporales siempre SALTE las P. 8 y P. 8a

8. ¿Perdió [usted/el hogar] la elegibilidad o tuvo dificultades para obtener algún beneficio o recurso durante el embarazo de [este niño] o durante la vida de [este niño] como resultado de ir a prisión? [INDIQUE: Cuando digo beneficios o recursos, me refiero a asistencia del gobierno como SNAP o vivienda y también recursos como empleo o una licencia de conducir.]

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

[**ENTREVISTADOR:** *estamos interesados en los casos donde se perdió la elegibilidad o si tuvieron dificultades con los beneficios y recursos específicamente debido al encarcelamiento, no por otras razones.*]

- 1 SI, anteriormente perdí la elegibilidad o tuve problemas para obtener beneficios o recursos [CONTINUE a la P. 8a]
- 2 SI, sigo teniendo problemas con la elegibilidad o la obtención de

- beneficios o recursos [CONTINUE a la P. 8a]
- 3 NO, ninguno [PASE a la P. 9]
- 99 NS/Rehúsa [PASE a la P. 9]
- 66 TBD

8a. ¿Cuál de los siguientes beneficios o recursos perdió usted o su hogar? Elija, todas las respuestas que correspondan. [INDIQUE: Pérdidas por ir a prisión]

- 1 SNAP
- 2 Seguro de salud
- 3 Vivienda
- 4 Ingresos de un trabajo
- 5 Licencia de conducir
- 6 SSI
- 7 Otro (*favor especifica*): _____
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

NOTA DE PROGRAMACION: PASE P. 9 y P. 10 si el cuidador NO es un padre BIOLÓGICO del niño(a).

9. ¿Cuánto mide usted? [Padre BIOLÓGICO solamente] _ pies __ pulgadas/ ___ cm

- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

10. ¿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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

| |
|---|
| Sección H – Seguridad de Alimentos |
|---|

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

1. **Estaba/estábamos preocupado/a(s) de que los alimentos se acabaran antes de que tuviera/ tuviéramos suficiente dinero para comprar más.**

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

2. **Los alimentos que compré/compramos no duraron mucho y no tenía/teníamos dinero para comprar más.**

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

3. **No tenía/teníamos suficiente dinero para comprar comidas balanceadas. [INDIQUE: Comida variada y nutritiva].**

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

4. **Dependía/dependíamos solamente de algunos alimentos baratos para alimentar [a mi/a nuestro niño(a)/niños] porque se nos acababa el dinero para comprar más alimentos. [INDIQUE: Alimentos de poca variedad y de bajo costo]**

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

5. **No podía/podíamos alimentar [a mi/a nuestro niño(a)/niños] con una comida balanceada porque no teníamos suficiente dinero para comprarla. [INDIQUE: Comida variada y nutritiva].**

1 Frecuentemente cierto 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. **[Mi(s)/nuestro(s) niño(a)/niños] no comían lo suficiente porque no tenía/teníamos dinero para comprar suficientes alimentos.**

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

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

1 Frecuentemente cierto 2 A veces 3 Nunca 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 <input type="checkbox"/> Un apartamento | 8 <input type="checkbox"/> Un cuarto/cuarto alquilado [PASE a la P. 3] |
| 2 <input type="checkbox"/> Una casa/condominio | 10 <input type="checkbox"/> Un coche [CONTINUE con la P. 1a] |
| 3 <input type="checkbox"/> Un refugio/vivienda transitoria [CONTINUE con la P. 1a] | 11 <input type="checkbox"/> No tiene un lugar estable para dormir [CONTINUE con la P. 1a] |
| 5 <input type="checkbox"/> Una residencia de tratamiento/vivienda supervisada [CONTINUE con la P. 1a] | 12 <input type="checkbox"/> Hotel/motel [CONTINUE con la P. 1a] |
| 6 <input type="checkbox"/> Una vivienda del gobierno (<i>base militar, etc.</i>) [PASE a la P. 4] | 4 <input type="checkbox"/> Otro (<i>favor especifica</i>): _____ [PASE a la P. 4] |
| 7 <input type="checkbox"/> Una casa móvil (" <i>mobile home/trailer</i> ") | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [PASE a la P. 4] |
| | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

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

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> SI [PASE a la P. 4] | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [PASE a la P. 4] |
| 2 <input type="checkbox"/> NO [PASE a la P. 4] | 66 <input type="checkbox"/> TBD [PASE a la P. 4] |

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 <input type="checkbox"/> SI | 2 <input type="checkbox"/> NO | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa | 66 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SI | 2 <input type="checkbox"/> NO | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa | 66 <input type="checkbox"/> TBD |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

| |
|---|
| NOTA DE PROGRAMACION: SI la P.4 es SI (propietario de su vivienda) PASE a la P.5 |
|---|

4. ¿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 <input type="checkbox"/> SI | 2 <input type="checkbox"/> NO | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa | 66 <input type="checkbox"/> TBD |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

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

____ # dormitorios/cuartos

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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/Rehúsa66 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 comparte recursos financieros.]**

____ # de personas

99 NS/Rehúsa66 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 comparte recursos financieros.]**

____ # de personas

99 NS/Rehúsa66 TBD**Las siguientes preguntas son acerca su actual situación residencial.****NOTA DE PROGAMACION: SI es propietario de su vivienda o reside en una base militar, si vive en un refugio o vivienda transitoria u otra situación institucional, PASE a la P.14.****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 P. 8)2 NO (PASE a la P. 9)99 NS/Rehúsa (PASE a la P. 9)66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

10. 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. ¿Esta esté desalojo en su historial?

1 SI 2 NO 99 NS/Rehúsa 66 TBD

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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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 99 NS/Rehúsa 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/DE LA NIÑA] nació, ¿alguna vez estuvo sin vivienda o vivió en un refugio?

1 SI 2 NO [PASE a la P16] 99 NS/Rehúsa [PASE a la P. 16] 66 TBD

15a. ¿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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

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 P. 4; SI la respuesta es SI a la sección I P. 1a, PASE a la sección K.*

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 <input type="checkbox"/> Gas | 6 <input type="checkbox"/> Madera |
| 2 <input type="checkbox"/> Aceite | 4 <input type="checkbox"/> Otro (favor especifica): _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Eléctrico | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 5 <input type="checkbox"/> Propano/queroseno | 66 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sistema de aire central | 4 <input type="checkbox"/> No hay enfriamiento |
| 2 <input type="checkbox"/> Aire acondicionado (unidades de ventana) | 5 <input type="checkbox"/> Otro (favor especifica): _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Ventiladores | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| | 66 <input type="checkbox"/> 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 P. 8] 99 NS/Rehúsa [PASE a P. 8] 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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

7. Desde [MES ACTUAL] del año pasado hubo algún día(s) que el hogar estuvo sin calefaccionado/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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

| |
|--|
| 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 99 NS/Rehúsa
 2 NO 66 TBD
 3 SI, recibía WIC, pero no ahora

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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ___/___/_____

4. **¿Alguna vez usted o su niño(a) han recibido asistencia económica, welfare, o [PROGRAMA ESTATAL]? ¿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 "SÓLO EL/LA NIÑO(A)".**

1 NO, ni mi hijo(a) ni yo nunca hemos recibido "welfare".

2 Mi hijo(a) o yo hemos recibido "welfare" anteriormente, pero NO ahora.

3 Sí, recibo asistencia monetaria/asistencia social ahora.

4 Solicitud aprobada con pago pendiente.

5 Tengo una solicitud pendiente/Tengo pensado aplicar

6 He solicitado, pero fue denegado.

7 No conozco este programa/No sé si califico.

8 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).

9 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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

Sección L – Empleo

Las próximas preguntas son acerca del estado de su empleo y el cuidado de [NOMBRE DE SU NIÑ(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. **¿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
 2 SI, está de baja por maternidad
 3 NS / Se niega a contestar
 4 TBD

3. **¿Cuál es su salario por hora en el trabajo donde trabaja la mayor parte del tiempo?**
 [ENTREVISTADOR: Pregunte sobre el ingreso bruto o sea el salario ANTES de la deducción de los impuestos y complete SÓLO un espacio:]

Trabajador por hora: \$ _____ . _____ /hora

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

O \$ _____ , _____ . _____ /mes

O \$ _____ , _____ . _____ / año

99 NS/Rehúsa 66 TBD

4. **¿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.] **¿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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

6. ¿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 <input type="checkbox"/> No estaba satisfecho con el trabajo/Le ofrecieron otro trabajo | 12 <input type="checkbox"/> Por enfermedad/lesión de otro miembro de la familia |
| 2 <input type="checkbox"/> Me descansaron por reducción de personal | 13 <input type="checkbox"/> Por enfermedad/lesión propia |
| 3 <input type="checkbox"/> El trabajo era temporal/estacional | 14 <input type="checkbox"/> El negocio quebró |
| 4 <input type="checkbox"/> Problemas de transporte/demasiado lejos | 15 <input type="checkbox"/> Por otras obligaciones personales |
| 5 <input type="checkbox"/> Fue despedido | 16 <input type="checkbox"/> El negocio fue vendido por el empleador |
| 6 <input type="checkbox"/> Por sus estudios/entrenamiento | 17 <input type="checkbox"/> Problemas de inmigración |
| 7 <input type="checkbox"/> Problemas con el cuidado de los niños | 18 <input type="checkbox"/> Es una temporada lenta para el negocio |
| 8 <input type="checkbox"/> Embarazo/ Licencia de maternidad | 19 <input type="checkbox"/> Por mudanza o relacionada con la mudanza |
| 9 <input type="checkbox"/> Elegió quedarse en casa con los niños | 20 <input type="checkbox"/> Aumento de horas en otro trabajo |
| 10 <input type="checkbox"/> No estaba satisfecho con las horas/el pago | 21 <input type="checkbox"/> Otro (<i>favor especifica</i>): _____ |
| 11 <input type="checkbox"/> Por enfermedad/lesión del niño | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

7. Únicamente para las personas que estén empleadas.] ¿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

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

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
2 Entre \$1000 y \$1999
3 Entre \$2,000 y \$2,999
4 Entre \$3,000 y \$3,999
5 \$4,000 o más
99 NS/Rehúsa
66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) __/__/____

| |
|---|
| Sección M – Educación Temprana y Cuidado del Niño(a) |
|---|

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

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

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

| |
|---|
| NOTA DE PROGRAMACION: PASE a P. 6 SI en las P. 1 y P. 1a “el cuidador cuida al niño en casa” O SI en la P.1 “el cuidador se lleva al niño al trabajo/escuela con él/ella”. |
|---|

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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/Rehúsa66 TBD

NOTA DE PROGRAMACION: OMITA a los cuidadores que se quedan en casa o llevan al niño al trabajo.

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 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 especifica*): _____
 99 NS/Rehúsa
 66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

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 SI2 NO [PASE a la siguiente sección]99 NS/Rehúsa [Pase a la siguiente sección]66 TBD

6a. Si la respuesta es SI, los problemas para obtener cuidado infantil significan que a usted... *[INDIQUE: Puede elegir más de una respuesta.]*

1 Ha tenido que dejar o abandonar la escuela/trabajo/programa de capacitación2 Ha tenido que disminuir las horas de trabajo3 No pudo aumentar las horas de trabajo4 No puede encontrar trabajo5 No puede asistir a clases o programas de capacitación99 NS/Rehúsa66 TBD

6b. ¿Cuál fue la razón por la cual tuvo problemas para obtener cuidado para su niño(a)?

*[INDIQUE: Puede elegir más de una respuesta.]*1 Costo2 Ubicación3 Transporte de ida y/o vuelta a la guardería4 Aceptación de subsidio o cupón de guardería5 No poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar6 Reputación (calidad)7 No confío en otros proveedores de cuidado infantil8 Los horarios de las guarderías9 Otro (*favor especifica*): _____99 NS/Rehúsa66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview (MM/DD/YYYY) ____/____/____

MÓDULO 1: Nutrición

Ahora, voy a preguntarle sobre experiencias con alimentos.

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

leche de fórmula? ____ (en meses)

77 Nunca (*exclusivamente leche materna*)

88 < 1 mes

99 NS/Rehúsa

66 TBT

alguna otra comida o bebida? ____ (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

2. ¿Le agrega algo además del agua a la leche de fórmula? [Marque todas las respuestas que correspondan.]

1 Más agua de la recomendada

2 Cereal para bebés

3 Endulzante/Azúcar/Aromatizante

4 No, nunca

5 Otra (*favor especificar*):

99 NS/Rehúsa

66 TBD

3. ¿ALGUNA VEZ un proveedor de atención médica le ha dicho que [NOMBRE DEL NIÑO] tiene/tenía alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las respuestas que correspondan)

1 Bajo nivel de hierro/Anemia

2 Bajo peso

3 Sobrepeso u obesidad

4 Otra (*favor especificar*)

99 NS/Rehúsa

66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview (MM/DD/YYYY) ____/____/____

4. ¿ALGUNA VEZ [NOMBRE DEL NIÑO] ha usado o tomado suplementos? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

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

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la P1 = 77 - Nunca (recibe exclusivamente leche materna) O el/la niño(a) tiene <4 meses PASE a la pregunta 8 y omitir las preguntas 5 a 7.

5. Ha sido introducido(a) [NOMBRE DEL NIÑO] a comida solida?

- SI [Si sí, CONTINUE a Q5a] NO [Si no, PASE a Q8]

5a. En una semana típica, ¿con qué frecuencia consume [él/ella] los siguientes alimentos? La mayoría de los días (5-7), algunos días (2-4), raramente (0-1).

| | | 1= la mayoría de los días (5-7) | 2= algunos días (2-4) | 3= raramente (0-1) | 4= no corresponde | 9= NS/ Rehúsa | 66= TBD |
|----|---|--|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Frutas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Vegetales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Soda o jugo de frutas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Galletas dulces, muffins, dulces, chocolate, galletas saladas, papas fritas o similares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Comida rápida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ¿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 (favor especificar)
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

PI:

IRB#

Date of interview (MM/DD/YYYY) ____/____/____

7. ¿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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Transporte gratuito o de bajo costo/transporte a tiendas/mercados locales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Mejor variedad/calidad de frutas y verduras donde compra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Precios más bajos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Aprender sobre cómo preparar frutas o verduras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Otra (favor especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

8. 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

9. 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

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 en la elección del arreglo principal para el cuidado de sus niños?

- Costo
- Ubicación [*INDIQUE: Cerca de su casa, trabajo u otro lugar de interés/conveniencia*]
- Transporte de ida y vuelta a la guardería
- Buena reputación
- Aceptación de subsidio o cupón de guardería
- Poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar
- Otra (*favor especificar*)
- NS/ Rehusa
- TBD

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

- Muy Satisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)
- NS/Rehusa
- TBD

3. ¿Está considerando cambiar el arreglo de cuidado de su niño?

- SI
- NO [PASE a la P. 5]
- NS/Rehusa [PASE a la P. 5]
- TBD

4. ¿Qué hace que cambiar el arreglo del cuidado de sus niños sea un desafío para usted?
(Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> No confío en otros proveedores de cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> Ubicación | <input type="checkbox"/> Otra (favor especificar) |
| <input type="checkbox"/> Transporte de ida y vuelta a la guardería | <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> Aceptación de subsidio o cupón de guardería | <input type="checkbox"/> TBD |
| <input type="checkbox"/> No poder satisfacer sus necesidades de horario laboral/escolar | |

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

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> TBD |
| <input type="checkbox"/> A veces | |

6. Si necesita horas adicionales para el cuidado del niño, ¿qué tan fácil es encontrar horas adicionales?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastante fácil [PASE a la P. 8] | <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [PASE a la P. 8] |
| <input type="checkbox"/> Varía | <input type="checkbox"/> TBD |
| <input type="checkbox"/> Difícil | |

7. ¿Qué hace que sea difícil obtener las horas adicionales que necesita para el cuidado del niño? (Marque todas las que correspondan.)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Coincidir las horas de trabajo/escuela con las horas de cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Costo |
| <input type="checkbox"/> No hay espacios disponibles que satisfagan sus necesidades |
| <input type="checkbox"/> Distancia/transporte |
| <input type="checkbox"/> Otra (favor especificar) |
| <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> TBD |

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

a. \$ _____. ____ NS/Rehúsa [*PASE a la P. 12*] TBD

b. ¿Eso es por ...

Hora

Mes

NS/Rehúsa

Día

Otra

TBD

Semana

(especificar)

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 cuidado de niños?

SI NO [*PASE a la P. 10*] NS/Rehúsa [*PASE a la P. 10*] TBD

a. ¿Cuánto tiempo ha estado en la lista de espera para recibir un subsidio de cuidado de niños?

[*ENTREVISTADOR: Convierta años a meses*] _____ meses
[*PASE a la P. 11*]

NS/Rehúsa

TBD

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

La lista de espera está cerrada

Inconvenientes/demasiados

No puede pagar los copagos

problemas para aplicar

No es elegible debido a sus ingresos

El financiamiento se

No está trabajando/en

terminó/Recorte presupuestario del

entrenamiento/programa de educación

estado

Las horas de cuidado de niños no

No puede pagar transporte o no hay guarderías cerca de la casa

coinciden con su horario de

trabajo/escuela

La guardería de su preferencia no

está certificada para aceptar subvención

PI:

IRB#

Date of interview (MM/DD/YYYY) __/__/____

(por ejemplo, una guardería familiar o amigos)

12 No conoce el programa [PASE a la P. 12]

10 Eligió quedarse en casa con su niño(a)

14 No lo quiere

11 Elegió otra opción de cuidado de niños para su hijo

15 Otra (*favor especificar*)

12 Tiene pensado aplicar/Tiene una solicitud pendiente

99 NS/Rehúsa

66 TBD

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

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

11a. ¿Por qué le quitaron la subvención para cuidado infantil?

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 especificar*)

99 NS/Rehúsa

66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la P.1 en el Módulo principal Sección M es la respuesta "La madre/el padre/ el cuidador cuida al niño en casa" **ENTONCES SALTE** las preguntas 12-15 para padres que se quedan en casa.

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

12. ¿Su proveedor de cuidado infantil ...? (*Marque todas las que correspondan.*)

- 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 cuidado infantil?

- ₁ Severas/demasiado estrictas
- ₂ Apropiadas/justas
- ₃ Relajadas/demasiado suave
- ₉₉ NS/Rehúsa
- ₆₆ TBD

14. ¿El sitio de cuidado infantil de [NOMBRE DEL NIÑO**] le ofrece información general/apoyo sobre...?** (*Marque todas las que correspondan.*)

- ₁ Comportamiento y desarrollo de los niños
- ₂ Nutrición infantil
- ₃ Temas de salud infantil, como salud oral, piojos, diarrea, resfriados, prevención de caídas

PI:

IRB#

Date of interview (MM/DD/YYYY) __/__/____

- 4 Actividades de juego para niños
- 5 Proceso de aprendizaje de los niños
- 6 Otra (*favor especificar*)
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

15. ¿Qué tan involucrado está con el sitio de cuidado 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 salon
- 4 Otro (*favor especificar*)
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

MODULE 3: ACCESS TO PROGRAMS AND SERVICES

NOTA DE PROGRAMACIÓN: Para cada uno de estos programas, queremos completar 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 pregunta 1 a continuación.

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

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> No tiene transporte | 11 <input type="checkbox"/> Nuevo bebé |
| 2 <input type="checkbox"/> WIC no provee fórmula especial/Dieta especial | 12 <input type="checkbox"/> Problemas burocráticos |
| 3 <input type="checkbox"/> Me mudé | 13 <input type="checkbox"/> Malentendido sobre las reglas/No quiere WIC/No usa la comida de WIC |
| 4 <input type="checkbox"/> No sabía que podría recibirlo debido a su estado de inmigración (migratorio) | 14 <input type="checkbox"/> No necesita WIC/No es elegible por los ingresos |
| 5 <input type="checkbox"/> No tiene dirección/Vive en un albergue | 15 <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente de WIC/Tiene planificado solicitar/Necesita volver a aplicar |
| 6 <input type="checkbox"/> Enfermedad del (de la) niño(a) | 16 <input type="checkbox"/> El trato recibido en la oficina de WIC |
| 7 <input type="checkbox"/> Horarios de oficina de WIC/Faltó a una cita | 17 <input type="checkbox"/> Otro (<i>favor especifique</i>) |
| 8 <input type="checkbox"/> Problemas administrativos | _____ |
| 9 <input type="checkbox"/> No volvió a certificar | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 10 <input type="checkbox"/> No conoce el programa | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación en el programa P. 1 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 SI2 NO99 NS/Rehúsa66 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 P. 3 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*)

99 NS/Rehúsa

66 TBD

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

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

1 Aumentaron sus ingresos

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/____

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 participación del programa P. 3 en la Sección K del Módulo Principal es (4) Si, actualmente recibe SNAP; o (6) padre adolescente - recibe SNAP en beneficio de los padres **ENTONCES** haga la pregunta 4 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]

99 NS/Rehúsa [SALTE a la P. 5]

2 Disminuyó [CONTINÚE con la P. 4a]

66 TBD

3 Ningún cambio [SALTE a la P. 5]

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la pregunta 4 anterior 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...

1 Cambiaron sus ingresos/Cambió su beneficio financiero de ayuda pública (*Welfare*)

2 Subió el costo de vida/
Disminuyeron los fondos estatales

3 Se mudó/Cambió la renta/Vive en un albergue

4 Cambió el aporte financiero del padre (*manutención al niño*) /Recibe pagos de SSI o de Cuidado Adoptivo Temporal

5 Hay un nuevo bebé/El número de personas en su hogar cambió

6 Recibe un paquete de estímulo/ARRA

7 Reportó información incorrecta/No cumplió con la fecha límite

8 Estado migratorio de algún miembro del hogar

9 Perdió el beneficio de asistencia financiera pública/ayuda social

10 Problemas administrativos/problemas de computación

11 Otro (*favor especifique*) _____

99 NS/Rehúsa

66 TBD

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

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?

1 No, nunca4 Solamente 1 o 2 meses2 Casi todos los meses99 NS/Rehúsa3 Algunos meses, pero no todos66 TBD

Las siguientes preguntas son sobre el programa de asistencia monetaria conocida 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 participación del programa P. 4 en la Sección K del Módulo Principal es (3) Sí, Ahora recibo asistencia en efectivo/ayuda social; o (8) SOLO NIÑO - Sí, ahora recibo asistencia en efectivo, pero solo para mi (s) hijo (s); **ENTONCES** haga la pregunta 6 a continuación.

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 NIÑO99 NS/Rehúsa66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación en el programa P. 4 en la Sección K del Módulo Principal es cualquiera de las siguientes: (1) No, ni mi hijo ni yo hemos recibido asistencia monetaria/ayuda social; (2) Mi hijo o yo recibimos asistencia en efectivo antes, PERO NO actualmente; (9) SOLO NIÑO - Tengo una solicitud pendiente/Tengo la intención de aplicar/He solicitado solo para mi hijo (s), pero me fue denegada **ENTONCES** haga la pregunta 7 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/estigma4 Tiene/Obtuvo trabajo (empezó un trabajo nuevo) /Sus ingresos aumentaron2 Problemas burocráticos/trato en la oficina de ayuda social5 Cambio en la situación familiar/Otras3 Razones de inmigración

personas en el hogar ganan suficientes ingresos/Aumentaron otros ingresos/Recibe SSI

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6 No quería usar todo el tiempo límite | <input type="checkbox"/> 14 Razones relacionada con una mudanza |
| <input type="checkbox"/> 7 Cumplió el tiempo límite | <input type="checkbox"/> 15 Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> 8 La/lo cortaron, no completó los requisitos, no entregó información a la oficina de ayuda social [CONTINUE a la P. 7a] | <input type="checkbox"/> 16 Pérdida de custodia (el/la niño(a) esta con el otro padre o bajo la custodia del estado) |
| <input type="checkbox"/> 9 Padre/Madre adolescente | <input type="checkbox"/> 17 No quiere completar la documentación obligatoria para recibir manutención de los hijos(as)/No quiere solicitar manutención al padre. |
| <input type="checkbox"/> 10 No es elegible | <input type="checkbox"/> 18 Horario de oficina de la ayuda social/Cita perdida |
| <input type="checkbox"/> 11 Eligió no participar/No lo necesita | <input type="checkbox"/> 19 Otro (<i>favor especifique</i>) |
| <input type="checkbox"/> 12 [SOLO AR] Llegó al límite de niños cubiertos por el beneficio ('family cap') | <input type="checkbox"/> 99 NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> 13 Malentendido sobre las reglas del programa | <input type="checkbox"/> 66 TBD |

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la pregunta 6 anterior es (8) Se terminó, no completó los requisitos, no proporcionó información a la oficina de bienestar **ENTONCES** haga esta pregunta 7a 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

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación del programa P. 4 en la Sección K del Módulo Principal es (3) Si, Recibo asistencia monetaria/ayuda social ahora o (8) SOLO NIÑO - Sí, recibo asistencia monetaria ahora, pero solo para mi (s) hijo (s); o (9) SOLO NIÑO - Sí, - mi solicitud aprobó el pago pendiente, pero solo para mi (s) hijo (s); **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 <input type="checkbox"/> Sí, programa de experiencia y reinserción laboral | 5 <input type="checkbox"/> Sí escuela/programa educativo |
| 2 <input type="checkbox"/> Sí, capacitación laboral | 6 <input type="checkbox"/> No |
| 3 <input type="checkbox"/> Sí, búsqueda de empleo | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 4 <input type="checkbox"/> Sí, servicio comunitario | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la respuesta a la participación del programa P. 4 en la Sección K del Módulo Principal es (3) Si, Recibo asistencia monetaria / ayuda social ahora o (8) SOLO NIÑO - Sí, recibo asistencia monetaria ahora pero solo 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/Rehúsa66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI "SÓLO EL/LA NIÑO(A)" **ENTONCES PASE A P.12**

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

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Si [PASE a la P. 11 (AR)/ P.12 (PA, MN, MD)] | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [PASE a la P. 11 (AR)/P. 12 (PA, MN, MD)] |
| 2 <input type="checkbox"/> No [SALTE a la pregunta P. 10a] | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

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

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Ocurrió otro embarazo mientras recibía la ayuda social ("family cap") | 2 <input type="checkbox"/> Él/ella recibe SSI/Cuidado adoptivo temporal/ Recibe manutención de/la niño(a) |
|--|---|

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 No está cubierto/a por el estado migratorio de la familia | <input type="checkbox"/> 8 Demasiados trámites para recibirlo / no quiere recibirlo |
| <input type="checkbox"/> 4 No han añadido al niño/a la niña todavía | <input type="checkbox"/> 9 Tiene una solicitud pendiente/Tiene pensado aplicar |
| <input type="checkbox"/> 5 Recibe apoyo de un pariente | <input type="checkbox"/> 10 Otro (<i>favor especifique</i>) |
| <input type="checkbox"/> 6 Él/ella no es elegible | <input type="checkbox"/> 99 NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> 7 No lo necesita económicamente | <input type="checkbox"/> 66 TBD |

NOTA DE PROGRAMACIÓN: La P.11 es solo para AR. **SI** la respuesta a la participación en el programa P. 4 en la Sección K del Módulo Básico es (3) Sí, ahora recibo asistencia en efectivo o (8) SOLO NIÑO - Sí, - Recibo asistencia en efectivo / ayuda social ahora pero solo para mi (s) hijo (s) **ENTONCES** haga la pregunta 11.

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?

- 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...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ¿Usted no podía pagar los pagos mensuales o copagos? [INDIQUE: los copagos son la cantidad de dinero que debe pagar cada mes.] | <input type="checkbox"/> 4 ¿Encontró el proceso de inscribirse intimidante o muy confuso? |
| <input type="checkbox"/> 2 ¿Usted no podía presentar el certificado de nacimiento u otros documentos requeridos para recibir el seguro médico? | <input type="checkbox"/> 5 ¿Ha tenido malas experiencias con esto o con otras oficinas del gobierno? |
| <input type="checkbox"/> 3 [SÓLO para los cuidadores que nacieron fuera de los Estados Unidos] ¿Usted estaba preocupado(a) por su estado migratorio? | <input type="checkbox"/> 6 ¿No sabía cómo hacerlo o no conocía el proceso? |
| | <input type="checkbox"/> 7 ¿Su hijo es un bebé recién nacido? |
| | <input type="checkbox"/> 8 ¿Está pendiente? |
| | <input type="checkbox"/> 9 ¿El niño no es elegible? |
| | <input type="checkbox"/> 10 ¿Le retiraron el beneficio al niño? |
| | <input type="checkbox"/> 11 Otro (<i>favor especifique</i>) _____ |
| | <input type="checkbox"/> 99 NS/Rehúsa |
| | <input type="checkbox"/> 66 TBD |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

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/Rehúsa2 una disminución en el costo?66 TBD3 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...**1 un incremento en los copagos de los medicamentos?3 Otro (*favor especifique*) _____2 una disminución en los copagos de los medicamentos?99 NS/Rehúsa66 TBD

NOTA DE PROGRAMACIÓN: la P. 15 a continuación es solo para aquellos que responden sí a la Sección F, P2 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?

1 Los medicamentos recetados3 Ambos2 La atención médica99 NS/Rehúsa66 TBD

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

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.

1 Sí 2 No 99 NS/Rehúsa 66 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.

1 Sí 2 No 99 NS/Rehúsa 66 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?

1 Sí 2 No 99 NS/Rehúsa 66 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

1 Sí 2 No 99 NS/Rehúsa 66 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.

1. ¿Por qué emigró a este país? (*Marque todas las respuestas que correspondan.*)

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

2. ¿Dejó su país de origen con otros? [**INDIQUE:** *Por ejemplo, con la familia*] (*Marque todas las que correspondan.*)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Sí, vine con familia. | 4 <input type="checkbox"/> No – vine solo |
| 2 <input type="checkbox"/> Sí, vine con otros que no conocía antes | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 3 <input type="checkbox"/> Sí, vine con otros que conocía | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

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

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Sí [Continuar a la P. 4] | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa [Pase a la P. 5] |
| 2 <input type="checkbox"/> No [Pase a la P. 5] | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

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

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Dos o más veces por mes | 5 <input type="checkbox"/> Una vez al año |
| 2 <input type="checkbox"/> Una vez al mes | 6 <input type="checkbox"/> Cuando puedo |
| 3 <input type="checkbox"/> En meses alternos (<i>un mes si, otro mes no</i>) | 99 <input type="checkbox"/> NS/Rehúsa |
| 4 <input type="checkbox"/> Cada tres meses | 66 <input type="checkbox"/> TBD |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

A continuación, nos gustaría preguntarle cómo cree que están las cosas en los Estados Unidos en estos días.

10. ¿Se siente usted que definitivamente hay un ambiente anti-migrante hoy, hay algo de un ambiente anti-migrante o cree que no existe un ambiente anti-migrante hoy?

- 1 Ambiente definitivamente anti-migrante
 2 Ambiente algo anti-migrante
 3 No existe ambiente anti-migrante
 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.

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

| | | 1SÍ | 2NO | 99NS/ Rehúsa | 66TBD |
|-----------|---|------------|------------|-------------------------|--------------|
| 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 asistencia pública, como SNAP | | | | |
| e. | Solicitud de seguro de salud | | | | |
| f. | Acceder a programas de asistencia como de un banco de alimentos, programa de despensas en mochilas, comedor comunitario | | | | |
| g. | Permanecer inscrito en asistencia pública, como SNAP | | | | |
| h. | Permanecer inscrito en un seguro de salud | | | | |
| i. | Visitar a un médico o una clínica | | | | |
| j. | Usar transporte público como el autobús, el tren o el metro | | | | |
| k. | Volar en avión/viajar en avión | | | | |
| l. | No se aplica a mi | | | | |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

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 |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. | Me han preguntado sobre mi estado legal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Pensé que podría ser deportado si fuera a una agencia social/gubernamental. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo recibamos la atención médica que necesitamos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo consigamos la comida que necesitamos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Los problemas de documentación impiden que mi familia y yo recibamos el cuidado de niños que necesitamos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- 1 Solo inglés
- 2 Inglés y otros idiomas
- 3 Solo mi lengua materna
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

18. Aprender un nuevo idioma es difícil y muchas personas tienen problemas al tratar de aprender inglés. ¿Tuvo usted problemas para aprender inglés?

- 1 Sí
- 2 No [pase a la P. 12]
- 99 NS/Rehúsa [pase a la P. 12]
- 66 TBD

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/____

18a. [SI, SÍ] ¿Por qué le fue difícil aprender inglés?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 No tenía tiempo | <input type="checkbox"/> 6 Pensaba que estaba demasiado grande para aprender |
| <input type="checkbox"/> 2 Era difícil encontrar información sobre lo que está disponible/No sabía a dónde ir | <input type="checkbox"/> 7 No necesitaba aprender inglés (disponibilidad de intérpretes, señalización, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 3 Había una lista de espera para las clases de inglés | <input type="checkbox"/> 8 Otro (favor especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Era demasiado caro tomar clases | <input type="checkbox"/> 99 NS/Rehúsa |
| <input type="checkbox"/> 5 No estaba lo suficientemente motivado(a). | <input type="checkbox"/> 66 TBD |

19. 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

FINANCIAL WELL-BEING MODULE

Dificultades Financieras

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 Completamente5 Nada2 Muy bien99 NS/Rehúsa3 Algo66 TBD4 Muy poco

2. Apenas puedo sobrevivir económicamente.

1 Completamente5 Nada2 Muy bien99 NS/Rehúsa3 Algo66 TBD4 Muy poco

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

1 Completamente5 Nada2 Muy bien99 NS/Rehúsa3 Algo66 TBD4 Muy poco

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 Siempre5 Nunca2 Frecuentemente99 NS/Rehúsa3 A veces66 TBD4 Raramente

5. Mis finanzas controlan mi vida.

1 Siempre2 Frecuentemente

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/____

3 A veces99 NS/Rehúsa4 Raramente66 TBD5 Nunca

| |
|---------------|
| Empleo |
|---------------|

Ahora tengo algunas preguntas acerca de su empleo.

1. ¿Cuál de los siguientes describe su empleo actual o su estado laboral? *(Marque todas las que apliquen)*

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/Rehúsa66 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 empleador99 NS/Rehúsa66 TBD

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

3. ¿Aproximadamente con cuánto anticipo 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

5. 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

6. ¿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

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

7. 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 todas las que apliquen)

- 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

Ahora tenemos algunas preguntas sobre su bienestar financiero. Nosotros entendemos que la información sobre este tema es difícil de compartir. Recuerde, la información que nos comparta hoy no será reportada en ninguna forma en la cual identifique a usted o a su familia. Hacemos estas preguntas para entender mejor los retos que las familias con la responsabilidad financiera de niños pequeños enfrentan.

1. ¿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. ¿Cuál de los siguientes ha usado en los últimos 12 meses para transacciones financieras? (Marque todas las que apliquen)

- 1 Una tarjeta recargable que no está vinculada con una cuenta de cheques o de ahorros.
[INDIQUE: Puede tener logotipos como MasterCard, VISA, Discover o American Express. Puede seguir agregando dinero a esta tarjeta y utilizarla para realizar compras y pagar deudas en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de crédito o retirar el efectivo de un cajero

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) ___/___/_____

automático. Esto no incluye tarjetas telefónicas, tarjetas de regalo para una tienda o servicio en particular o tarjetas a las que no puede agregar más fondos.]

- 2 Un local que no sea un banco o cooperativa de crédito para dar o enviar dinero a familiares o amigos fuera de los EE. UU.
- 3 Un local que no sea un banco o cooperativa de crédito para cobrar un cheque o comprar un giro postal
- 4 Una aplicación móvil para transferir dinero (*OFX, PayPal, Venmo, Facebook*)
- 5 Una tanda o círculo de ahorro [**ENTREVISTADOR:** *NO incluye financiación colectiva como la plataforma "GoFund Me"*]
- 6 Ninguna de las anteriores
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

3. ¿Cuánto dinero tiene en ahorros actualmente? (en efectivo, cuentas corrientes y saldos de cuentas de ahorro) [ENTREVISTADOR:** *Puede informarle a la persona que lo detenga cuando llegue al rango de fondos adecuado.*]**

- 1 \$0
- 2 De \$1 a \$99
- 3 De \$100 a \$199
- 4 De \$200 a \$299
- 5 De \$300 a \$399
- 6 De \$400 a \$499
- 7 De \$500 a \$999
- 8 De \$1,000 a \$1,999
- 9 De \$2,000 a \$4,999
- 10 De \$5,000 a \$9,999
- 11 \$10,000 o más
- 99 NS/Rehúsa
- 66 TBD

4. 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

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) __/__/____

- 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 **sid**o hecho sentir inferior en cualquiera de las siguientes situaciones debido a su raza, origen étnico o color. Le preguntaré si ha experimentado discriminación en un determinado contexto en las siguientes preguntas. Según su experiencia, puede responder con Nunca, Una vez, Dos o tres veces, Cuatro o más veces, o No se aplica.

[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.]

| | 1 Nunca | 2 Una vez | 3 2-3 veces | 4 4 o más veces | 5 No se aplica | 99 NS/Rechusa | 66 TBD |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación en la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al ser contratado/a, obteniendo un empleo o en el trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener una vivienda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al aplicar para programas de asistencia pública como SNAP (cupones de alimentos), WIC, dinero en efectivo, Medicaid o vivienda subsidiada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al acceder programas de asistencia como de una despensa de comida, programa de mochilas de comida (backpack program), programa de comida gratuita o programa de servicio de alimentos de verano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener atención médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener servicios en una tienda, restaurante, en la calle u otro lugar público? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al solicitar un crédito, préstamos bancarios o hipotecas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación por parte de la policía o en las cortes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al intentar acceder o mientras vivía en un refugio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) __/__/____

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. After dark? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Con qué frecuencia sintió que usted podía hablar con su familia sobre sus sentimientos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Durante cuánto tiempo de su infancia hubo un adulto en su hogar que lo/la hizo sentirse segura(o) y protegida(o)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Con qué frecuencia hubo al menos dos adultos, además de sus padres, que se interesaron genuinamente y positivamente por usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Encuesta de ACE

NOTA DE PROGRAMACIÓN: SI la persona entrevistada NO es la madre BIOLÓGICA, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

Método de Administración [ENTREVISTADOR: Opciones 1-5 son solo para Philadelphia; la opción 6 es para el resto de los sitios]

- 1 **Verbal (paper)** - Interviewer asks questions to the participant, and fills out the paper version of the survey, which is later entered into a database.
- 2 **Self Read (paper)** - Participant reads the paper version of the survey and fills it out by themselves without interviewer input. Responses are later entered into a database.
- 3 **Audio** - Participant receives a pair of headphones and the laptop, and listens to the questions while reading them on the screen. Participant enters all data themselves and interviewer does not assist participant or see responses. Does not require data entry but does require reconciliation of the files at a later time since they are encrypted and interviewer cannot go back and adjust questions for any reason once the survey is finished.
- 4 **Mixed Methods**

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) __/__/____

5 **Verbal** (using REDCap) - Interviewer asks questions to the participant, and fills out the survey in REDCap for them.

6 **Verbal**– Interviewer asks questions to the participant and fills out electronic survey (not REDCap) [INTERVIEWER: This option is ONLY for Boston, Baltimore, Minneapolis, and Little Rock]

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 | 2 | 99 NS/ Rehúsa | 66 TBD |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO | | |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguno de sus padres u otro adulto en el hogar con frecuencia o con mucha frecuencia lo/a empujó, lo/a jalaba, lo/a cacheteó o le aventó con algo? ¿O alguna vez lo/a golpearon tan fuerte que le dejaron marcas o lo/a lastimaron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez lo/a tocó o acarició indebidamente o hizo que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual? ¿O intentó o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sentía a menudo o muy a menudo que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia y no tenía a nadie que lo/a protegiera? ¿O sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si lo necesitaba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo/a amaba o pensaba que era importante u especial? ¿O en su familia no se cuidaban, no se sentían cerca ni se apoyaban mutuamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Estaban sus padres divorciados o separados o usted no tenía o solo tenía contacto limitado con uno o ambos de sus padres por cualquier periodo de tiempo cuando era niño(a) o adolescente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Fue su madre o madrastra frecuentemente o muy frecuentemente empujada, agarrada con fuerza, cacheteada o le aventaron algo? ¿O a veces, a menudo o muy a menudo la pateaban, mordían, golpeaban con el puño o golpeaban con algo duro? ¿O alguna vez la golpearon repetidamente durante al menos unos minutos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún miembro de su familia fue a la cárcel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) __/__/____

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 las que apliquen)?:

| | | | |
|------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| a. | Lista de recursos en la comunidad | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| b. | Cuidado de niños para familias sin servicios | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| c. | WIC | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| d. | Asistencia de servicios públicos de vivienda | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| e. | Violencia doméstica | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| f. | SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| g. | Seguro médico/Atención médica | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| h. | Vivienda subsidiada | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| i. | Refugios para mujeres/Refugios para personas sin hogar | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| j. | Bancos de alimentos/Dispensas de alimentos/ Comedor popular/Alimentos de bajo costo | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| k. | Programas de capacitación laboral | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| l. | Servicios de depresión o de salud mental. | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| m. | Servicios de intérprete | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| n. | Trabajador social/Servicios sociales | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| o. | Servicios Legales/Defensa para vivienda y desalojo, manutención de niños, asuntos de inmigración | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| p. | Información nutricional | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| q. | Servicios hospitalarios | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| r. | Información sobre desarrollo infantil | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| s. | Ayuda social/Asistencia en efectivo/TANF | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| t. | Dejar de fumar | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| u. | Programa de intervención temprana | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| v. | Otra educación: Programas de ESL/Asistencia de matrícula, etc. | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| w. | SSI | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| x. | Seguro dental/cuidado dental | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| y. | Pañales | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| z. | ¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de divulgación (específico del sitio)? | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| aa. | Ropa con descuento | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| ab. | Asistencia de reingreso | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| ac. | Inmigración | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |

PI:

IRB#

Fecha de entrevista:(MM/DD/YYYY) __/__/____

| | | | |
|------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ad. | Finanzas personales | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| ae. | Servicios para Personas de la Tercera Edad | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |
| af. | Otro: _____ | 1 <input type="checkbox"/> Si | 2 <input type="checkbox"/> No |