

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

1b. ¿En qué año nació usted? [para todas las personas responsables que no sean la madre biológica del niño(a)]

 Año

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

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

3. ¿Dónde nació [el/la niño(a)]?

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

	Sí	No	NS/Rehúsa	TBD
a. Asiática	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
b. Negra o afroamericana o afrocaribeña	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
c. Somalí	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
d. Blanca o Caucásica	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
e. Americano nativo o indígena	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
f. Cabo verdeana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
g. Haitiana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
h. Jamaicana o antillana	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>
i. Otra _____	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

7b. ¿Con cuánta facilidad habla inglés?

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

- a Straight o heterosexual b Gay o lesbiana c Bisexual d Prefiere describirse
como:... _____
xx DK/Refused zz TBD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

cualquier otro alimento/bebida? ____ meses

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

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

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

a Excelente

c Regular

xx NS/Rehúsa

b Buena

d Mala

zz TBD

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

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

Sí "NS/Rehúsa" escriba=xx, TBD = zz

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

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

a Sí

b No [pase a P.8]

xx NS/Rehúsa [pase a P.8]

zz TBD

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

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

a Sí

b No [pase a P.8]

xx NS/Rehúsa [pase a P.8]

zz TBD

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

a Sí

b No

xx NS/Rehúsa

zz TBD

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

a Sí

b No [pase a P.9]

xx NS/Rehúsa [pase a P.9]

zz TBD

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

21a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual su niño(a) no ha tenido seguro médico?, ¿Fue porque:

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

22b. ¿Fue:

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

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

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

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

23b. ¿Fue:

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

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

a Sí b No [Pase a la P.25] xx NS/Rehúsa [Pase a la P.25] zz TBD

24a. En caso afirmativo, especifique:

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

26a. En caso afirmativo, especifique:

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

[Entrevistador:

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

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

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

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

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

¿Usted fue una de esas personas? a Sí b No

xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

¿Usted fue una de esas personas? a Sí b No

xx NS/Rehúsa zz TBD

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

- ¿Cuántas eran las personas de 17 años y menores? ____
- ¿Cuántas eran las personas de 18 años y mayores? ____
- ¿Fue usted una de esas personas?

- a Sí
- b No
- xx NS/Rehúsa
- zz TBD

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

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

Las siguientes preguntas son sobre su salud.

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

SECCIÓN E(2) ESTATURA Y PESO DE LOS PADRES

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

Las siguientes preguntas son acerca de su estatura y peso.

10. ¿Cuánto mide usted?

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

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

Si TBD = z pies zz pulgadas /zz cm

11. ¿Cuánto pesa usted?

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

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

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

Si TBD escriba=zzz libras/kilos

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

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

1. (Espacio)

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

bajo costo].

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

a b c xx zz

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

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

Frecuente- mente	A veces	Nunca	NS/ Rehúsa	TBD
a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	xx <input type="checkbox"/>	zz <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

a Sí b No xx NS zz TBD

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

a Sí b No xx NS zz TBD

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

a Sí b No xx NS zz TBD

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

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

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

a <input type="checkbox"/> Casi todos los meses	c <input type="checkbox"/> Solamente 1 o 2 meses
---	--

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

Algunos meses, pero no todos

NS/Rehúsa TBD

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

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

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

Sí

No

NS/Rehúsa

TBD

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

Sí

No [Pase a P.15]

NS/Rehúsa [Pase a P.15]

TBD

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

Casi todos los meses

Solamente 1 o 2 meses

Algunos meses, pero no todos

NS/Rehúsa TBD

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

Sí

No

NS

TBD

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

Sí

No

NS

TBD

SECCIÓN G: VIVIENDA DEL NIÑO

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

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

Un apartamento?

Una casa móvil ("mobile home/trailer")?

Una casa/condominio?

Un cuarto/cuarto alquilado [Pase a P.3]?

Un refugio/vivienda transitoria [Pase a P.6]?

Auto [Pase a P.6]?

Una residencia de tratamiento/vivienda con supervisión [Pase a P.6]?

No tiene un lugar estable para dormir [Pase a P.6]?

Una vivienda del gobierno (base militar etc.) [Pase a P.4]?

Hotel/motel [Pase a P.4]?

Otro _____ [Pase a P.4]?

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

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

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

10. ¿Actualmente usted vive en una vivienda pública o subvencionada por el gobierno? [INDIQUE: ¿Recibe ayuda/asistencia del estado, ciudad o gobierno federal para pagar la renta?]	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R	zz <input type="checkbox"/> T
		Pase a P.11	eh Pase a P.11	BD
10a. ¿El contrato del [apartamento/vivienda] está a su nombre?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R	zz <input type="checkbox"/> T
		Pase a P.11	eh Pase a P.11	BD
10b. ¿Usted puede trasladar su vale o certificado a otra vivienda de su elección? [INDIQUE: ¿Tiene ayuda de "Seccion 8," un certificado o vale?]	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R	zz <input type="checkbox"/> T
	Pase a P.14	Pase a P.14	eh Pase a P.14	BD

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

11.	¿Ha solicitado vivienda subvencionada u otra clase de vivienda pública?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a P.14	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh Pase a la P.14	zz <input type="checkbox"/> T BD
12.	¿Actualmente [usted/la familia del/la niño(a)] está en una lista de espera para “Sección 8” u otra clase de vivienda que ofrece asistencia económica?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No Pase a P.13	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh Pase a P.13	zz <input type="checkbox"/> T BD
	12a. Aproximadamente ¿por cuánto tiempo [ha estado/estuvo] en una lista de espera para asistencia de vivienda? [Entrevistador: Convierta los años a meses.] Si “NS/Rehúsa” escriba =xxx; TBD =zzz	_ _ _ _ # meses	Pase a P.14 ➔		
13.	¿Ha tratado de entrar en una lista de espera pero no ha podido?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
14.	Durante los últimos 2 años ¿ha tenido un certificado de vivienda que ha vencido o que fue cancelado?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD
15.	Un desalojo es cuando el propietario o el gobierno o un oficial del banco le obliga a mudarse aunque usted no quiera. En los últimos cinco años ¿alguna vez ha sido desalojado? <i>[Indique: Un propietario u oficial puede obligarle a mudarse porque usted no pagó su renta, porque dañó la propiedad, o por otras razones. Algunas veces usted recibe una nota o una nota es pegada en su puerta diciendo que usted tiene que mudarse. A veces usted va a la corte; otras no. En cualquier caso, un desalojo ocurre cuando un oficial del banco o el propietario hace que usted se mude.]</i>	a <input type="checkbox"/> Sí Pase a P.16	b <input type="checkbox"/> No Pase a P.17	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh Pase a P.17	zz <input type="checkbox"/> T BD
16.	Un desalojo forma parte de su historial si el propietario o un oficial del banco lleva una orden de desalojo contra usted a la corte y el comisario o el juez falló a favor del propietario. Eso puede pasar aunque usted no se presente en la corte. ¿Un desalojo forma parte de su historial?	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No	xx <input type="checkbox"/> NS/R eh	zz <input type="checkbox"/> T BD

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

SECCIÓN H: PREGUNTAS ACERCA DE LA ENERGÍA

Ahora tengo preguntas acerca de los servicios de su vivienda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

SECCION I: ASISTENCIA PÚBLICA O ESTATAL

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

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

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

____ / ____ Mes/Año

Si "NS/Rehúsa" escriba =xx/xxxx

Si no se acuerda del mes, use el código xx y el año apropiado.

Si TBD = zz/zzzz

- c Sí, ahora recibe beneficios de SNAP / Aprobado para recibir beneficios de SNAP / Pago pendiente [**Pase a P.6**]

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

- a Aumentaron los ingresos [Pase a P.9]
- b Reportó una información errónea / Perdió la cita para actualizar sus datos [Pase a P.9]
- c Fue cortado por una razón relacionada a migración [Pase a P.9]
- d Cambio de trabajo [Pase a P.9]
- e Vive con su familia [Pase a P.9]
- f Fraude [Pase a P.9]
- g Problema con la custodia legal del/de la niño(a) [Pase a P.9]
- h Encarcelación / Problemas legales [Pase a P.9]

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

i Otro _____ [Pase a P.9]

xx NS/Rehúsa [Pase a P.9]

zz TBD

6. ¿Cuánto es su beneficio actual de SNAP?

[INDIQUE: ¿Esta cantidad es mensual?]

\$__ __ ____ Si "NS/Rehúsa" escriba =xxxx; TBD =

zzzz

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

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

a Aumentó

b Disminuyó

c No cambió [Pase a P.9]

xx NS/Rehúsa [Pase a P.9]

zz TBD

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

a Cambio de ingresos de la vivienda / Cambio del pago de "Welfare" (asistencia pública)

f Aumento del costo de vida/ Bajaron fondos estatales

b Se mudó / Cambió la renta / Vive en un refugio

g Cambió el aporte financiero del padre / Recibe pagos de SSI / Foster care

c Nuevo bebé/El número de personas en su vivienda cambió

h El programa de estímulo

d Reportó información errónea / Perdió la fecha límite

i Estado migratorio de algún miembro de la vivienda

e Le cortaron el beneficio de asistencia pública "welfare"

j Problemas administrativos o de computadoras

xx NS/Rehúsa

k Otro _____

zz TBD

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

a No, nunca

c Algunos meses pero no todos

xx NS/Rehúsa

b Casi todos los meses

d Solamente 1 o 2 meses

zz TBD

[Entrevistador: Utilice una introducción de transición cuando sea necesario: **Casi terminamos con esta sección.**

Las siguientes preguntas son acerca de asistencia de dinero también conocido como "welfare" [o agregue nombre del programa del estado aquí]

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

___ / ___ [Pase a P.12]

Mes/Año

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

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

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

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

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

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

xx NS/Rehúsa [Pase a P.19]

zz TBD

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

___ años ___ meses

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

SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE PASE A P.14

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

a. Razones personales /Trato en la oficina de welfare

b. Demasiados trámites

c. Razones relacionadas con el estado migratorio

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

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

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

g. Cumplió el tiempo límite

h. Le eliminaron de “welfare” / No cumplió con los requisitos de “welfare” / No proveyó la información solicitada a la oficina de “welfare” [Pase a P.4]

i. Padre / Madre adolescente

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- j. No es elegible
- k. Elije no participar / No necesita
- l. Llegó al límite de niños cubiertos por el beneficio ('family cap')
- m. Información errónea sobre las reglas del programa
- n. Razones relacionada con una mudanza
- o. Problemas legales
- p. Pérdida de custodia (niño(a) vive con otro padre o bajo la custodia del estado)
- q. No quiere completar la documentación obligatoria para recibir manutención de los hijos(as) / No quiere solicitar manutención al padre.
- r. Otro _____
Rehúsa
- xx. NS/Rehúsa
- zz. TBD

SI "SÓLO EL/LA NIÑO(A)" PASE A P.15 A MENOS DE QUE RESPONDA 'SÍ' A LA OPCIÓN "H" – ENTONCES CONTINÚE A P.13

SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE, PASE A P. 14

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

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

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

SI ACTUALMENTE RECIBE WELFARE, CONTINUE A P.14

SI ACTUALMENTE NO RECIBE WELFARE, PASE A P.19

SI "SÓLO EL/LA NIÑO(A)" PASE A P.15

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

SI “SÓLO EL/LA NIÑO(A)” PASE A P.19

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

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

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

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

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

LA PREGUNTA 18 = PARA AR y MA SOLAMENTE

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

- a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

1. ¿Tiene usted empleo, aunque sea temporal, o tiene un permiso oficial para no trabajar, o está de licencia por maternidad?

[INDIQUE: Algunos ejemplos de un permiso oficial son el Acto de Permiso Médico Familiar (FMLA o Family Medical Leave Act), la compensación al obrero, o alguna incapacidad temporal]

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

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

2. ¿Cuántas horas trabaja durante la semana? _____ horas

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

OPCION #1: SI LA PERSONA RESPONSABLE TRABAJA

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

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

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

Trabajador asalariado \$ _____ /semana

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

4. ¿Desde [nombre del mes actual] del año pasado, ha cambiado la cantidad de horas que ha trabajado en este trabajo o de cualquiera de sus otros trabajos? [Entrevistador: Pregunte sobre el trabajo donde trabajó más horas semanalmente o si más de un cambio ha ocurrido en el último año, pida el cambio de horas más reciente.]

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

OPCIÓN #2: SI LA PERSONA RESPONSABLE NO TRABAJA

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

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

6. ¿Cuál fue la razón principal por la que redujo sus horas de trabajo o dejó de trabajar?
[Entrevistador: Puede marcar más de una respuesta.]

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

xx NS/Rehúsa

zz TBD

7. [Únicamente para las personas responsables que esten empleadas.] ¿Le corresponden días de pago por enfermedad, de Paid Time Off (PTO), o de Earned Time (ET) en su trabajo?

a sí [continue to Q7a]

b no [skip to Q8]

xx NS/rehúsa [skip to Q8]

zz TBD [skip to Q8]

7a. ¿Cuántos días de pago le corresponden al año por enfermedad [días de PTO, días de ET]?

___ Días

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

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

a Sí

b Sí – Antes recibía beneficios de desempleo pero NO en la actualidad

c No

xx NS/Rehúsa

zz TBD

9. ¿INCLUYÉNDOSE a usted, cuántas personas en su vivienda de la edad de 15 años o mayores están empleados? Con “en su vivienda” quiero decir todas las personas que tienen la misma dirección de este(a) niño(a). [Entrevistador: Si viven en un refugio, sólo incluya al grupo familiar.]

[INDIQUE: No se olvide de incluirse usted.]

_____ # personas

Si NS/Rehúsa código = xx; TBD = zz

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

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

a Menos de \$1,000

b \$1,000 - \$1,999

c \$2,000 - \$2,999

d \$3,000 - \$3,999

e \$4,000 o más

xx NS/Rehúsa

zz TBD

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

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

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

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

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

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

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

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

a Sí b No xx NS/Rehúsa zz TBD

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

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

14. Por favor díganos quien cuida a [su – el/la niño(a)] regularmente mientras usted trabaja o esta en la escuela. De manera regular quiero decir por lo menos UNA VEZ A LA SEMANA CADA SEMANA durante el mes pasado. [Entrevistador: Si se usó más de un arreglo de manera regular, pregunte qué arreglo fue usado la mayoría de las veces.]

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

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

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

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

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

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

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

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

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

zz TBD

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

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

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

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

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

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

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

_____ meses
[Entrevistador: Convierta los años en meses] [Pase a P.22]

Si "NS/Rehúsa" escriba =xx; TBD = zz

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

- a La lista de espera está cerrada
- b No puede pagar los co-pagos
- c No es elegible debido a sus ingresos
- d No está trabajando / en entrenamiento / programa de educación
- e Las horas de la guardería no coinciden con el horario de la persona responsable / Las horas de turno son inconsistentes.
- f Molestia / Agobio administrativo

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- g Se terminaron los fondos de financiación / Recorte presupuestario del estado
- h No puede pagar transporte o no hay guarderías cerca de la casa
- i La guardería de su preferencia no está certificada para aceptar subvención (por ejemplo, una guardería familiar o amigos)
- j Elige quedarse en casa con su niño(a)
- k Tiene pensado aplicar/Tiene una solicitud pendiente
- l No conoce el programa [**Pase a la Sección K**]
- m No lo quiere
- n Otro _____
- xx NS/Rehúsa
- zz TBD

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

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

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

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

ENCUESTA DE ‘ACE’ [Secciones K y L son para madres BIOLÓGICAS solamente; PASE a la Sección M si la persona responsable no es la madre BIOLÓGICA]

Método de Uso [Para el entrevistador solamente; Marque la opción 6 para todos los sitios (Opciones 1-5 para Philadelphia)]

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

1 = Verbal (papel) - 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 (papel) - 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

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

6 = Verbal (Children's HealthWatch database) – Interviewer asks questions to the participant and fills out electronic survey (not ACASI)

SECCIÓN K: ENCUESTA DE 'ACE'

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

1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...la/o ofendían, la/o insultaban, la/o menospreciaban, o la/o humillaban O actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?

₁ Sí ₂ No _{xx} NS/Rehúsa

2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...la/o empujaban, la/o jalaban, la/o cacheteaban, o le aventaban cosas O alguna vez la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron?

₁ Sí ₂ No _{xx} NS/Rehúsa

3. ¿Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez... la/o tocó o acarició indebidamente o le dejó que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual O intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

₁ Sí ₂ No _{xx} NS/Rehúsa

4. ¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que... nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante O en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?

₁ Sí ₂ No _{xx} NS/Rehúsa

5. ¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que... no tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera o sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla/o o llevarla/o al médico si es que lo necesitaba?

₁ Sí ₂ No _{xx} NS/Rehúsa

6. ¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- a Nunca
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces
- e Nunca he tenido un trabajo
- xx NS/Rehúsa

4. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener una casa?

- a Nunca
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces
- e Nunca he intentado obtener una casa
- xx NS/Rehúsa

5. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener programas de asistencia pública como SNAP (cupones de alimentos), WIC, o welfare (dinero en efectivo)?

- a Nunca [PASE a la P.6]
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces
- e Nunca he aplicado para programas de asistencia
- xx NS/Rehúsa [PASE a la P.6]

5a. ¿Si más de una vez, cuál programa? (Seleccione todas las que apliquen.)

- a Medicaid, State Medicaid o Medicare
- b Vivienda pública, subvencionada por el gobierno o Sección 8
- c SNAP o cupones de alimentos
- d SSI-Disability
- e TANF o welfare cash
- f WIC
- g CCIS
- h Ninguna
- xx NS/Rehúsa

6. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener atención médica?

- a Nunca

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces

xx NS/Rehúsa

7. **Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener 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?**

- a Nunca [PASE a la P. 7]
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces
- e Nunca he aplicado para programas de asistencia
- xx NS/Rehúsa [PASE a la P. 7]

7a. **¿Si más de una vez, cuál programa? (Seleccione todas las que apliquen.)**

- a una despensa de comida
- b programa de mochilas de comida (backpack program),
- c programa de comida gratuita
- d programa de servicio de alimentos de verano
- e Ninguna
- xx NS/Rehúsa

8. **¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al recibir servicios en una tienda o restaurante?**

- a Nunca
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces
- e Nunca he intentado recibir servicio en una tienda o restaurante
- xx NS/Rehúsa

9. **¿Cuántas veces ha experimentado discriminación al obtener crédito, préstamos bancarios, o hipotecarios?**

- a Nunca
- b Una vez
- c Dos o tres veces
- d Cuatro o cinco veces

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

- e Nunca he intentado obtener crédito, préstamos bancarios, o hipotecarios
 xx NS/Rehúsa

10. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación en la calle o en un lugar público?

- a Nunca
 b Una vez
 c Dos o tres veces
 d Cuatro o cinco veces
 xx NS/Rehúsa

11. ¿Cuántas veces ha experimentado discriminación por parte de la policía o en las cortes?

- a Nunca
 b Una vez
 c Dos o tres veces
 d Cuatro o cinco veces
 e Nunca he interactuado con la policía o las cortes
 xx NS/Rehúsa

SECCION M:

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS

Ya casi estamos acabando. Muchas gracias por su tiempo y participación. Esta última sección es acerca de recursos y asistencia que le podemos ofrecer. Leeré una lista de recursos que frecuentemente les interesan a las familias. Mientras leo la lista, siéntase cómodo(a) en indicarme que información le interesaría recibir. [Entrevistador: Si es evidente que las necesidades de la familia constituyen una crisis inminente como una amenaza a la vida, notifique a la persona apropiada en su clínica/sala de emergencia.]

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

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

a.	Lista de recursos en su comunidad	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
b.	Guarderías e información para familias que no reciben servicios	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
c.	WIC	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
d.	Información sobre programas que ofrecen ayuda para pagar los servicios de su vivienda	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
e.	Recursos para víctimas de violencia doméstica	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
f.	SNAP – el Programa de Asistencia Nutricional Suplementario	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
g.	Seguro Médico / Cuidados médicos	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No
h.	Vivienda subvencionada	a <input type="checkbox"/> Sí	b <input type="checkbox"/> No

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

i.	Información sobre refugios para los que no tienen vivienda / Refugios para mujeres	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j.	Programas de comida caliente/ Programas de alimentos de emergencia / Alimentos de bajo precio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k.	Información sobre el empleo / Programas de entrenamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
l.	Información sobre depresión o servicios para salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
m.	Servicios de intérpretes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
n.	Trabajador social / Servicios sociales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
o.	Servicios legales / Ayuda con problemas de vivienda, ayuda financiera para el/la niño(a), problemas de migración	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
p.	Información sobre nutrición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
q.	Servicios del hospital	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
r.	Información sobre el desarrollo del/la niño(a)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
s.	“Welfare” / Asistencia de dinero / TANF	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
t.	Cursos para dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
u.	Programa de Intervención Temprana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
v.	Otros programas educativos: inglés como segundo idioma; programa de asistencia con la matrícula etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
w.	SSI	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
x.	Seguros dentales / Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
y.	Ropa a Bajo Costo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
z.	Pañales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
aa.	¿Le gustaría hablar con nuestro trabajador de asistencia? [Sólo para algunos sitios]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ab.	Reingreso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ac.	Inmigración	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ad.	Finanzas Personales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ae.	Programa Farm-to-Family	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
af.	Servicios para Personas de la Tercera Edad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ag.	Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SECCIÓN L

ASISTENCIA (Específica para cada sitio)

¡RECUERDE HACER ESTAS PREGUNTAS SI APLICAN A LA SITUACION DE LA FAMILIA!

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

A. Su experiencia es muy importante. Las personas que toman decisiones políticas sobre las familias, frecuentemente les gusta escuchar cómo sus programas afectan a las familias con niños. ¿Estaría usted

FINAL: 2018 CHILDREN'S HEALTHWATCH SURVEY

Número de Certificado de regalo: # _____

Lista de Documentos

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