

**Para mas informacion, llame a
1.800.766.2223 o 405.271.6761**

**The Oklahoma Toddler Survey
Maternal and Child Health Service
Oklahoma State Department of Health
1000 NE Tenth Street
Oklahoma City, OK 73117-1299**

LA ENCUESTA DE NIÑOS DE OKLAHOMA
Revision Enero 2011

El financiamiento para La Encuesta de Niños de Oklahoma es proporcionado por la Junta de Salud Materna y de Niños, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Servicios de Salud Materna y de Niños Title V Estipendio del bloque.

La Encuesta de Niños de Oklahoma TOTS es editada por El Departamento de Salud de Oklahoma, autorizada por Terry Cline, Ph.D., Comisario Sanitario, OSDH. El Departamento de Salud del Estado de Oklahoma es una empresa no discriminatorio. 2,000 imprimió copias por un costo de \$1,600 y se han depositado copias en la cámara de Compensacion de El Publicaciones del Departamento de Bibliotecas de Oklahoma.

Para mas información visite el sitio web de TOTS al www.health.ok.gov clave TOTS o mandenos un correo electronico a TOTS@health.ok.gov



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE OKLAHOMA

TOTS

LA ENCUESTA DE NIÑOS DE OKLAHOMA



Encuesta de salud de niños de dos años de Oklahoma

La Encuesta de Niños de Oklahoma (TOTS) es una encuesta desarrollada para proveer una mejor comprensión de lo que afecta la salud de niños pequeños en este estado.

Oklahoma es el primer estado en empezar un estudio como (TOTS). Hasta ahora, la recopilación de información rutinaria de salud en niños solamente se ha hecho al tiempo o cerca del tiempo de nacimiento. Sin embargo, sabemos que los primeros meses tanto como los primeros años de vida son muy importantes. Proveen la base de un futuro fuerte y saludable.

TOTS provee a Oklahoma un cuadro mas completo de las cuestiones y necesidades que experimentan las familias con niños pequeños en nuestro estado.

Por que me fue enviada la encuesta (TOTS)?

Usted recibió una encuesta TOTS porque participó en la encuesta (PRAMS). PRAMS es una encuesta que se trató de su vida antes, durante y después del embarazo, y se le envió poco después del nacimiento de su niño(a). TOTS es una continuación de PRAMS. La encuesta TOTS se envía a madres alrededor del segundo cumpleaños del niño(a).

Se mantendrán en privado mis respuestas?

Si! Nadie fuera de los empleados de TOTS sabrá su nombre o dirección. Su encuesta es separada de su nombre y se le asigna un numero, así no serán vinculados su nombre ni su dirección con sus respuestas. Esto se hace para asegurar la confidencialidad.

Que puedo hacer para ayudar?

Por favor conteste las preguntas de la encuesta y envíalo de vuelta en el sobre prepagado.

Que hace TOTS con la información?

Son importantes mis respuestas?

Si Las experiencias suyas y de su niño(a) son únicas y muy importantes. Por medio de compartir su información, usted puede ayudar a otras madres y niños pequeños en Oklahoma.

Como puedo saber más acerca de TOTS?

Si tiene preguntas o si quisiera contestar la encuesta por teléfono, llame gratis al 1-800-766-2223 o al 271-6761 en la Ciudad de Oklahoma. También puede visitar a nuestro sitio Web al www.health.ok.gov clave TOTS.

Lo que dicen algunas mujeres que han contestado la encuesta TOTS:

“Estoy muy feliz y me encanta ser madre. Gracias”

“Gracias por el CD de música y la oportunidad de participar en esta encuesta!”

“Gracias por preocuparse por la salud de mi hija.”

58. ¿Cuál es su estado civil actual?

59. Por favor escriba la fecha en que terminó esta encuesta.

Fecha: ____/____/____
(Mes / Día / Año)

Si usted desea, por favor díganos cuáles son las cosas que más le preocupan sobre la crianza de su niño(a) de dos años. Esto no tiene que ser necesariamente sobre la salud de su niño(a).

A faded, grayscale background image showing a person's face and hands. The person appears to be looking down at their hands, which are positioned near their chest. The image is overlaid with horizontal blue lines, suggesting a template for writing or a design element.

De nuevo gracias por su tiempo y ayuda con el proyecto TOTS.

54. ¿Cuáles fueron las fuentes de ingreso de su familia durante los **últimos 12 meses**?

- 1) Sueldo o dinero de un trabajo
- 2) Ayuda tal como la Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)), bienestar social, asistencia pública, asistencia general, estampillas para comida, o Ingreso Suplemental de Seguridad (Supplemental Security Income (SSI))
- 3) Beneficios de desempleo
- 4) Sostenimiento infantil o pensión alimenticia
- 5) Seguro social, compensación de trabajadores, beneficios de veteranos, o pensiones
- 6) Dinero de un negocio, honorarios, dividendos, ingreso de rentas
- 7) Dinero de la familia o amigos
- 8) Otro _____

Escoge todo lo que aplique

55a. De las fuentes de ingreso que escogió en la pregunta anterior, ¿cuál fue su ingreso total antes de impuestos, durante los **últimos 12 meses**? Por favor recuerde que esta información se mantiene confidencial.

\$ _____ Mensual
o
\$ _____ Anual

55b. ¿Cuántas personas, incluyendo a usted, dependen de este ingreso?
_____ personas

56. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted completó?

- 1) 8th grado o menos
- 2) 9th – 12th grado, sin diploma
- 3) Gradué de preparatoria o terminé el GED
- 4) Algo de créditos universitarios pero sin carrera
- 5) Grado Asociado (Associate Degree) (ejem. AA, AS)
- 6) Licenciatura (ejem. BA, BS)
- 7) Maestría (ejem. MA, MS)
- 8) Doctorado (ejem. PhD, EdD) Grado Profesional (ejem. MD, DDS)

Escoge UNA sola respuesta

57. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó su esposo o pareja?

- 1) No tengo esposo/pareja
- 2) 8th grado o menos
- 3) 9th – 12th grado, sin diploma
- 4) Graduó de preparatoria o terminó el GED
- 5) Algo de créditos universitarios pero sin carrera
- 6) Grado Asociado (Associate Degree) (ejem. AA, AS)
- 7) Licenciatura (ejem. BA, BS)
- 8) Maestría (ejem. MA, MS)
- 9) Doctorado (ejem. PhD, EdD) o Grado Profesional (ejem. MD, DDS)

Escoge UNA sola respuesta

Por favor responda a todas las preguntas basándose en la información sobre su hijo(a) de dos años cuyo nombre aparece en la carta que le enviamos. Esta información se mantiene confidencial.

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo(a)?

Fecha: ____/____/____
(Mes / Día / Año)

2. ¿Está vivo su hijo(a)?

- 1) No → **Vaya a la pregunta 47a**
2) Sí

3. Aparte de usted, ¿quién más comparte la responsabilidad de criar a su hijo(a) de dos años de edad?

- 1) Nadie más
- 2) Esposo/Pareja (que es el papá del niño(a))
- 3) Esposo/Pareja (que no es el papá del niño(a))
- 4) Otros niños
- 5) Los abuelos del niño(a)
- 6) Otro _____

Por favor escoja todo lo que aplique

4. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuántos días distintos estuvieron limitadas las actividades de su niño(a) debido a una enfermedad? (Por ejemplo, su niño(a) no pudo asistir a la guardería, jugar afuera o jugar con sus amiguitos).

- 1) Ninguno
- 2) Un día
- 3) Dos o tres días
- 4) Cuatro a cinco días
- 5) Seis días o más

5. Durante los últimos **3 meses**, ¿cuántas veces distintas ha tenido su niño(a) de dos años una infección en los oídos?

- 1) Ninguna
- 2) Una vez
- 3) Dos veces
- 4) Tres veces o más

6a. ¿Alguna vez le han puesto tubos en los oídos de su niño(a) debido a una infección en los oídos?

- 1) No → **Vaya a la pregunta 7a**
2) Sí

Sigue a la pregunta 6b

6b. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le insertaron los tubos por la primera vez?

- 1) 0-6 meses
- 2) 7-12 meses
- 3) 13-16 meses
- 4) 17-24 meses
- 5) 25 meses o más

7a. En los **últimos 30 días** (el mes pasado), ¿le dieron a su niño(a) algún medicamento que se compra en la farmacia sin receta médica?

- 1) No → **Vaya a pregunta 8**
- 2) Sí

7b. Si contestó Sí ¿cuáles de las siguientes medicinas que no requieren receta médica le dieron a su niño(a)?

- 1) Analgésicos o medicinas para reducir la fiebre que no requieren receta médica (Tylenol, Ibuprofen, Motrin)
- 2) Cualquier jarabe para la tos o medicina para resfriados que no requieren receta médica
- 3) Cualquier medicina sin receta para alergias
- 4) Cualquier medicina sin receta para la diarrea
- 5) Otro _____

Escoge todo lo que aplique

8. alguna vez le ha dicho un proveedor de servicios médicos que su niño(a) de dos años tiene alguna de las siguientes condiciones? (Un proveedor de servicios médicos puede incluir un doctor, enfermera, asistente de doctor, terapeuta o especialista del desarrollo infantil.)

- 1) Una condición como asma, incluyendo sibilancia (silbidos al respirar)
- 2) Crup, bronquitis, inflamación de los bronquios
- 3) Neumonía (pulmonía)
- 4) Autismo o trastorno del espectro autista
- 5) Alergias (en la piel, de temporada, respiratorio, al alimento o alergias digestivos)
- 6) Problemas de la vista que requieren corrección
- 7) Problemas de audición
- 8) Deterioro dental o caries
- 9) Retraso en el desarrollo
- 10) Otro _____

Escoge todo lo que aplique

50c. A continuación se encuentra una lista de sentimientos y experiencias que a veces tienen las mujeres después del parto. Lea cada opción para determinar cuál describe mejor sus sentimientos y experiencias. Luego, escriba sobre la línea el número de la respuesta que mejor describe con que frecuencia usted ha sentido o experimentado lo siguiente **en los últimos 3 meses**.

Utilice la escala de opciones para seleccionar su respuesta

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre

- 1) Me sentí decaída, deprimida o triste
- 2) Me sentí sin esperanzas.....
- 3) Sentí que hacia menos que antes.....

51. En ocasiones algunas madres reportan un trato injusto cuando buscan el cuidado medico. ¿Alguna vez sintió usted que se le trató injustamente por algunas de las siguientes razones mientras recibía cuidado medico para su niño(a) de dos años? (**Escoge Sí , si sintió que se le trato injustamente, o si no escoge no.**)

- 1) Por mi edad..... No.....Sí
- 2) Por mi idioma..... No.....Sí
- 3) Por mi raza o origen étnico..... No.....Sí
- 4) Por mi país de origen..... No.....Sí
- 5) Por mi capacidad de pago..... No.....Sí
- 6) Siento que me trataron injustamente pero no sé porqué..... No.....Sí
- 7) Otro..... No.....Sí

52. ¿Le ha pasado algunas de las siguientes cosas en los **últimos 12 meses**? Para cada uno, escoge **Sí** Si le pasó eso o **No** si no fue así. Le puede ayudar el uso de un calendario.

- 1) Un miembro allegado de la familia o amigo estuvo muy enfermo o se murió..... No.....Sí
- 2) Yo estuve muy enferma..... No.....Sí
- 3) Me separé o me divorcié de mi esposo/pareja..... No.....Sí
- 4) Estuve involucrada en una pelea física..... No.....Sí
- 5) Mi esposo/pareja fue enviado a la cárcel..... No.....Sí
- 6) Estaba muy endeudada..... No.....Sí
- 7) Perdí mi trabajo..... No.....Sí
- 8) Mi esposo/pareja perdió su trabajo..... No.....Sí
- 9) Alguien muy allegado tuvo un problema con el alcohol o las drogas..... No.....Sí
- 10) No tuve teléfono..... No.....Sí
- 11) Mi hijo(a) o yo no tenía suficiente comida..... No.....Sí

53. ¿Cuál de las siguientes actividades estuvo haciendo usted en los últimos seis meses?

- 1) Era ama de casa
- 2) Trabajando por un salario o sueldo
- 3) Trabajando como voluntaria
- 4) Estuve yendo a la escuela

Escoge todo lo que aplique

47b. ¿Cómo se sintió al darse cuenta que estaba embarazada? Si usted ha tenido más de un embarazo desde que nació su niño(a) de dos años, por favor considere solo el primer embarazo.

- 1) Yo quería embarazarme más pronto
- 2) Yo quería embarazarme después
- 3) Yo quería embarazarme en ese entonces
- 4) No me importaba cuándo me embarazara
- 5) No quería embarazarme en ese entonces ni en el futuro

Escoge UNA sola respuesta

48a. ¿Está usando actualmente algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo?

- 1) No →
- 2) Sí

Vaya a la pregunta 49

48b. Si contestó no, ¿cuál es la razón más importante por la que usted no está usando un método anticonceptivo para prevenir un embarazo?

- 1) No estoy teniendo relaciones sexuales
- 2) Estoy embarazada o me quiero embarazar
- 3) No quiero usar un método anticonceptivo
- 4) Mi cuerpo no tolera algunos métodos
- 5) No creo que me pueda embarazar (estéril)
- 6) No puedo pagar por el método anticonceptivo
- 7) Ligación / vasectomía/ histerectomía
- 8) Otro _____

Escoge UNA sola respuesta

49. ¿Usted fuma cigarrillos, aunque sea ocasionalmente?

- 1) Todos los días
- 2) A veces
- 3) Dejé de fumar
- 4) Nunca he fumado

50a. Desde que nació su niño(a) de dos años, ¿usted ha hablado con un doctor, enfermera, u otro proveedor de servicios médicos acerca de la depresión?

- 1) No
- 2) Sí

50b. Durante los primeros 12 meses después de que nació su niño(a) de dos años, ¿Un doctor, enfermera, u otro proveedor de servicios médicos le diagnosticó con depresión? También llamada depresión posparto.

- 1) No
- 2) Sí

9a. En ocasiones, un proveedor de servicios médicos les pide a los padres que llenen un cuestionario en su casa o durante la consulta de su niño(a). Durante los últimos 12 meses, le pidió un proveedor de servicios médicos que llenara un cuestionario sobre inquietudes u observaciones específicas que pudiera tener usted sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de su niño(a)?

- 1) No
- 2) Sí

9b. ¿A usted o al proveedor de servicios médicos de su niño(a) le inquieta algún aspecto del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su niño(a)?

- 1) No
- 2) Sí

10a. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha lastimado su niño(a) lo suficientemente grave para que haya recibido tratamiento o atención médica?

- 1) No →
- 2) Sí

Vaya a la pregunta 11

10b. ¿Como se lastimó su niño(a)?

- 1) Accidente automovilístico
- 2) Quemadura
- 3) Cortada (que no resultó de una caída)
- 4) Caída
- 5) Se dislocó la muñeca o el hombro
- 6) Mordida
- 7) Asfixia/Ahogamiento (no podía respirar)
- 8) Envenenamiento (de cualquier fuente, incluyendo medicinas)
- 9) Otro: _____

Por favor escoja todo lo que aplique

11. En un día normal, ¿cuántas veces come o bebe su niño(a) los alimentos de la siguiente lista? (Incluye comidas y entre comidas).

Escoge el número de veces para cada alimento o escoge ninguno

- 1) Fruta (fresca, enlatada, congelada o seca).....Ninguno... 1...2...3...4 o mas
- 2) Verduras o ensalada (sin incluir las papas).....Ninguno... 1...2...3...4 o mas
- 3) Grano integral (panes, cereal, o barras de granola).....Ninguno... 1...2...3...4 o mas
- 4) Leche entera.....Ninguno... 1...2...3...4 o mas
- 5) Leche 2%.....Ninguno... 1...2...3...4 o mas
- 6) 100% jugo.....Ninguno... 1...2...3...4 o mas

La próxima sección contiene preguntas acerca del cuidado de la salud de su niño (a) de dos años de edad.

12a. ¿Hay alguien que usted considera como enfermera o doctor personal para su niño(a)? Una enfermera o doctor personal es un profesional de salud, quien conoce muy bien a su niño(a) y está familiarizado con su historial médico. (Esto podría ser un doctor general, un pediatra, un doctor especialista, enfermera, o asistente médico).

- 1) No → **Sigue a la pregunta 12e**
- 2) Sí

12b. ¿Usted puede contactar a la enfermera o doctor personal de su niño(a) las 24 horas al día, siete días a la semana? Por favor incluya el servicio de localización después de horas de oficina o alguna otra forma para contactar a su proveedor de servicios médicos después de horas de oficina.

- 1) No
- 2) Sí

12c. ¿Cuál es la especialidad de la enfermera o doctor personal de su niño(a)?

- 1) Doctor general (de cabecera)
- 2) Pediatra
- 3) Asistente médico
- 4) Enfermera profesional (PNP, FNP)
- 5) Otro: _____

12d. ¿Cuál es la distancia que maneja para consultar con la enfermera o doctor personal de su niño(a)?

_____ Millas o (_____ Km) → **Vaya a pregunta 13a**

12e. Algunos niños(as) de dos años no tienen una enfermera o doctor personal. Por favor díganos cual es la razón principal por que no tiene una enfermera o doctor personal su niño(a).

- 1) Raramente o nunca se enferma
- 2) Me mudé a está área recientemente
- 3) No se a donde ir para recibir cuidado médico
- 4) El lugar en mi área ya no está disponible
- 5) No puedo encontrar un proveedor que este aceptando nuevos pacientes
- 6) No tengo seguro médico
- 7) Por problemas de transporte
- 8) Por el costo del cuidado médico
- 9) Otro _____

Por favor escoja UNA sola respuesta

13a. En ocasiones hay cosas que detienen a las personas para obtener cuidado médico para sus niños(as) de dos años. ¿Alguna vez ha habido algo que le ha retrasado o detenido obtener el cuidado médico para su niño(a)?

- 1) No → **Vaya a pregunta 14**
- 2) Sí

Sigue a la pregunta 13b

La próxima sección pequeña contiene preguntas acerca de la seguridad.

44. Por favor escoja **Sí**, si usted hace algo de lo siguiente en su hogar. De otro modo, escoge **No** o **N/A** por si no le aplica.

- 1) Un adulto siempre cuida a mi niño(a) mientras que el/ella está en la tina de baño..... No.....Sí.....N/A
- 2) Las piscinas/albercas, estanques, canales de irrigación, tanques de almacenamiento, o canales en mi propiedad están protegidos por un cercado..... No.....Sí.....N/A
- 3) Se chequea las pilas de mi detector de humo por lo menos dos veces al año..... No.....Sí.....N/A
- 4) Las medicinas, vitaminas y artículos de limpieza están guardados en un lugar a prueba de niños..... No.....Sí.....N/A
- 5) Hay tapones de seguridad en los tomacorrientes que no uso..... No.....Sí.....N/A
- 6) Hay un detector de monóxido de carbono funcionando en cada nivel de mi casa..... No.....Sí.....N/A
- 7) Las televisiones y libreros están atados a las paredes..... No.....Sí.....N/A
- 8) El número telefónico del Centro de control para envenenamientos (Poison Control) se encuentra en o alrededor de mi teléfono en todo momento..... No.....Sí.....N/A
- 9) En los últimos 12 meses he completado un curso sobre resucitación cardiopulmonar (CPR en Ingles) o primeros auxilios para bebes y niños..... No.....Sí.....N/A

45a. ¿Dónde recibe la mayoría de información sobre el asiento de coche de su niño/a de dos años?

- 1) Proveedor de servicios médicos (Pediatra/ Doctor familiar/Enfermera) **Escoge UNA sola respuesta**
- 2) Miembro de la familia o amiga(o)
- 3) Un técnico de seguridad para pasajeros infantiles (Niños Seguros, Feria de salud, Departamento de salud)
- 4) Departamento de Bomberos
- 5) Internet, libros, etc.
- 6) No busco, ni recibo información sobre asientos de coche
- 7) Otro: _____

45b. ¿Dónde se sienta su niño/a de dos años en su vehículo?

- 1) Asiento trasero, viendo hacia atrás
- 2) Asiento trasero, viendo hacia enfrente
- 3) Asiento delantero para pasajero

46. ¿Guarda pistolas y/o rifles en su casa?

- 1) No
- 2) Sí

La próxima sección son preguntas para usted.

47a. ¿Cuántos embarazos ha tenido desde que nació su niño(a) de dos años?

- 1 Ninguno → **Vaya a la pregunta 48a**
- 2 Uno
- 3 Dos
- 4 Tres o mas

Sigue a la pregunta 47b

39. ¿Cuántas veces se ha cambiado de casa desde que nació su niño(a) de dos años?

_____ Veces

40a. ¿Alguna vez le dio pecho o leche materna a su niño(a)?

- 1) No → **Vaya a la pregunta 41**
2) Sí

40b ¿Qué edad tenía su niño(a) de dos años cuando le dejó de dar pecho o leche materna por completo?

- 1) _____ meses de edad
2) Menos de un mes de edad
3) Aún toma pecho o leche materna

41. ¿Alguna vez hubo un periodo de tiempo en el que su niño(a) de dos años no estuvo viviendo con usted (sin incluir el tiempo en que su niño(a) pudo estar hospitalizado(a)?

- 1) No
2) Sí

42. En un día promedio, ¿cuántas horas ve su niño(a) de dos años la televisión, videos, o juega videojuegos o juegos de computadora?

- 1) _____ horas al día
2) Más de cero pero menos de una hora al día
3) No tengo televisión, videojuegos o computadora

43. En un día normal, ¿cuánto tiempo en total pasa su niño(a) de dos años en juegos de actividad física? (Esto incluye juego organizado por un adulto o también juego sin organización tal como jugar afuera, trepar, correr, montar un triciclo).

- 1) Menos de 30 minutos al día
2) 30 minutos a menos de 1 hora al día
3) 1 a 2 horas al día
4) Más de 2 horas al día
5) No hace ninguna clase de actividad física

13b. **Si contestó sí:** La próxima lista son cosas que han retrasado o detenido a algunas madres para obtener cuidado médico para sus niños(as). Por favor escoja **Sí**, si algo de está lista le ha retrasado o detenido para obtener cuidado médico para su niño(a) de dos años. Si no es así escoge **No**.

- | | |
|--|-----------|
| 1) El servicio médico era muy costoso..... | No.....Sí |
| 2) Horario de oficina inconveniente..... | No.....Sí |
| 3) No podía conseguir una referencia para el cuidado de mi niño(a).... | No.....Sí |
| 4) Problemas de transporte..... | No.....Sí |
| 5) El proveedor de servicios médicos era muy lejos..... | No.....Sí |
| 6) No podía conseguir una cita dentro de un tiempo razonable..... | No.....Sí |
| 7) No podía faltar al trabajo o escuela..... | No.....Sí |
| 8) No tenía seguro médico..... | No.....Sí |
| 9) Hay alguna otra cosa que le haya retrasado o detenido?..... | No.....Sí |
- Por favor díganos: _____

14. ¿A dónde lleva a su niño(a) de dos años la mayoría de las veces para recibir atención médica cuando está enfermo(a)?

Escoge UNA sola respuesta

- 1) Mi niño(a) no ha necesitado atención médica para enfermos
2) Consultorio privado del doctor o proveedor principal de servicios médicos
3) Clínica del hospital
4) Sala de emergencias del hospital
5) Clínica comunitaria o gratuita
6) Servicio de Salud Indio o Tribu (IHS)
7) Seguro médico militar (TRICARE, etc.)
8) Clínica de cuidado urgente
9) Clínica ambulatoria (como las que se encuentran en un supermercado o farmacia)
10) Otro _____

15. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido que faltar alguien a la escuela o trabajo para cuidar a su niño(a) que estuvo enfermo o tuvo una cita en la clínica o con el doctor?

- 1) Ninguno
2) Menos de 1/2 día
3) 1/2 día a un día
4) Dos o tres días
5) Cuatro días o más

16. ¿A dónde lleva a su niño(a) de dos años la mayoría de las veces para recibir sus **chequeos rutinarios para niños saludables**?

- 1) Mi niño(a) va a ver al proveedor de servicios médicos solo cuando está enfermo(a)
2) Consultorio privado del doctor o proveedor principal de servicios médicos
3) Clínica del hospital
4) Departamento de salud
5) Clínica comunitaria o gratuita
6) Servicio de Salud Indio o Tribu (IHS)
7) Seguro médico militar (TRICARE, etc.)
8) Clínica de cuidado urgente
9) Clínica ambulatoria (como las que se encuentran en un supermercado o farmacia)
10) Otro: _____

Escoge UNA sola respuesta

17. Por favor piense en el lugar a donde lleva a su niño(a) de dos años la mayoría de las veces para sus chequeos rutinarios para niños(as) saludables. Por favor díganos que tan satisfecha estuvo con el cuidado que recibió durante su visita mas reciente.

Que tan satisfecha está usted con:	Muy Satisfecha	Satisfecha	Insatisfecha	Muy Insatisfecha
1) ¿Facilidad para hacer la cita?				
2) ¿El tiempo que esperó después de llegar a la cita?				
3) ¿El poder recibir una consulta con poca anticipación?				
4) ¿Los consejos que recibió sobre como cuidar a su niño (a)?				
5) ¿La comprensión y el respeto que mostró el personal a usted y su niño(a)?				

18. ¿A dónde lleva a su niño(a) la mayoría de las veces para recibir las inmunizaciones (vacunas para bebés)

- 1) Mi niño(a) todavía no ha recibido las vacunas para bebés.
- 2) Consultorio privado del doctor o proveedor principal de servicios médicos
- 3) Clínica del hospital
- 4) Departamento de salud
- 5) Clínica comunitaria o gratuita
- 6) Servicio de Salud Indio o Tribu (IHS)
- 7) Seguro médico militar (TRICARE, etc.)
- 8) Clínica de cuidado urgente
- 9) Clínica ambulatoria (como las que se encuentran en un supermercado o farmacia)
- 10) Otro _____

Por favor escoja UNA sola respuesta

19a. ¿Usted ha decidido en alguna ocasión retrasar o no recibir inmunizaciones (vacunas para bebés) para su niño(a)?

- 1 No → Vaya a la pregunta 20a
- 2 Sí

19b. La siguiente lista son razones que han tenido algunas madres para retrasar o decidir no recibir las inmunizaciones (vacunas para bebés) para sus niños(as).

- 1) Creo que algunas vacunas se dan a muy temprana edad
- 2) Creo que dan demasiadas vacunas juntas
- 3) Creí que estaba demasiado enfermo mi niño(a)
- 4) Creo que dan algunas vacunas muy seguidas
- 5) Creo que algunas vacunas perjudican más de lo que benefician
- 6) No creo que algunas de estas enfermedades afectarán a mi niño(a)
- 7) Tengo creencias religiosas o inquietudes acerca de algunas o todas las vacunas
- 8) No tuve tiempo
- 9) No tuve transporte
- 10) No sabía cuando tocaban las vacunas
- 11) Otro _____

Escoge todo lo que aplique

34. En una semana típica, ¿qué tan seguido usted o alguien más le lee un libro o cuento a su niño(a)?
- 1) Todos los días
- 2) Por lo menos tres veces a la semana
- 3) Una vez a la semana
- 4) Menos de una vez a la semana
- 5) Nunca

35a ¿Acuesta usted a su niño/(a) de dos años con un biberón o vasito entrenador?

- 1) No → Ve a la pregunta 36
- 2) Sí

35b. ¿Qué contiene el biberón o vasito entrenador?

- 1) Leche
- 2) Agua
- 3) Otro: _____

36. ¿Su niño/(a) tiene una rutina para dormir? (Esto puede incluir una rutina de actividades planeadas que mayormente se llevan a cabo a la misma hora todas las noches).

- 1) No
- 2) Sí

37. ¿ En un periodo de 24 horas aproximadamente cuántas horas duerme su niño(a)? (Incluyendo las siestas y horas de dormir por la noche)

- 1) Menos de 9 horas
- 2) 9 – 11 horas
- 3) 12 – 14 horas
- 4) Más de 14 horas

38a ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

- 1) A nadie se le permite fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- 2) Se permite fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- 3) Se permite fumar en cualquier parte de mi casa

Escoge UNA sola respuesta

38b ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro del vehículo (coche, camioneta, furgoneta) donde mayormente viaja su niño(a).

- 1) A nadie se le permite fumar dentro del vehículo
- 2) Se permite fumar solamente cuando el niño(a) no está en el vehículo
- 3) Se permite fumar en todo momento
- 4) No hay reglas sobre fumar dentro del vehículo

Escoge UNA sola respuesta

29. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que hacer diferentes arreglos de ultima hora para el cuidado/guardería para su niño(a) porque sus planes regulares cambiaron debido a circunstancias fuera de su control?

_____ Número de veces

30. ¿A qué edad empezó su niño(a) asistir a la guardería de forma regular?

_____ Semanas de edad o _____ meses de edad

31. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de la familia tuvo que dejar su trabajo, no pudo aceptar un trabajo, o tuvo que cambiar su trabajo de forma significativa debido a problemas con la guardería o con los arreglos de cuidado para su niño(a)?

1) No

2) Sí

32a. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez un periodo de una semana o más en el que usted no podía encontrar una guardería o no pudo hacer arreglos de cuidado para su niño(a) cuando lo necesitaba?

1) No →

Ve a la pregunta 33

2) Sí

32b. ¿Cuál es la razón principal por la que usted no pudo hacer arreglos de cuidado/guardería para su niño(a) en ese entonces?

1) No podía **pagar el costo** de ninguna guardería.

2) No podía **pagar el costo del servicio** con la calidad que yo quería.

3) No podía **encontrar un servicio** con la calidad que yo quería.

4) No podía **encontrar un proveedor** con cupo para mi niño(a).

5) El lugar y horario no eran lo que yo necesitaba.

6) No podía encontrar un proveedor para mi niño(a) con necesidades especiales.

7) No podía encontrar una guardería cuando estuvo enfermo mi niño(a).

8) Otro: _____

Escoge UNA sola respuesta

La próxima sección contiene preguntas generales sobre su niño(a).

33. ¿Además de usted, ¿quién vive con su niño(a) de dos años la mayoría del tiempo?

1) Nadie más

2) Esposo/pareja (padre del niño(a))

3) Esposo/pareja (que no es el padre del niño(a))

4) Otros niños

5) Los abuelos del niño(a)

6) Otro(s) pariente(s)

7) Otro: _____

Escoge todo lo que aplique

20a. ¿Lleva a su niño(a) de dos años con algún especialista(s) o terapeuta(s) de forma regular?

1) No →

Vaya a la pregunta 21a

2) Sí

20b. ¿Cuál es la especialidad de la(s) terapeuta(s) o especialista(s) de su niño(a)? Escoge todo lo que aplique

1) Logopeda (terapeuta del habla)

2) Audiólogo (especialista de la audición)

3) Oftalmólogo/Optometrista (especialista de los ojos)

4) Terapeuta Ocupacional/Fisioterapeuta

5) Cirujano

6) Otorrinolaringólogo (especialista en oído, nariz y garganta)

7) Especialista en comportamiento (terapista, trabajador(a) social, consejero(a))

8) Nutricionista/Especialista en dietética

9) Otra especialista, especifique _____

Las próxima sección son preguntas acerca del pago del servicios de salud de su niño(a) de dos años.

21a. ¿Tiene su niño(a) seguro médico actualmente?

1) No →

Vaya a la pregunta 21c

2) Sí

21b. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

1) Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo o pareja.

2) Seguro médico que usted o alguien mas pagaba (no por parte de un trabajo).

3) Medicaid o SoonerCare

4) Servicio de Salud Indio o Tribu (IHS)

5) Seguro médico militar (TRICARE, etc.)

6) Otro _____

Escoge todo lo que aplique

21c. Desde que nació su niño(a), ¿ha habido alguna vez un periodo de tiempo en el que él/ ella no tuvo cobertura de algún tipo de seguro médico o programa de gobierno que cubriera sus recibos de atención médica?

1) No →

Vaya a la pregunta 22a

2) Sí

21d. Si contestó sí, ¿por cuántos meses no tuvo cobertura su niño(a)?

1) _____ meses

2) Menos de un mes

3) Nunca tuvo cobertura

22a. ¿En alguna ocasión ha necesitado su niño(a) un servicio, pero su seguro médico NO lo cubrió?

- 1) No → **Vaya a la pregunta 23**
- 2) Sí

22b. Por favor díganos si uno de los siguientes servicios fue el que NO cubrió su seguro medico.

- 1) Cuidado rutinario de niños(as) saludables
- 2) Inmunizaciones/ vacunas para bebés
- 3) Visitas cuando su niño(a) está enfermo(a)
- 4) Medicamento recetado
- 5) Hospitalizaciones
- 6) Cuidado dental
- 7) Cuidado de la vista o lentes
- 8) Cuidado de emergencia
- 9) Equipo especial o terapias
- 10) Asesor de Lactancia

Escoja todo lo que aplique

23. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero ha gastado su familia en el cuidado de la salud de su niño(a) de dos años? Por favor incluya solamente la cantidad de co-pagos, deducibles, todos los medicamentos (recetados y no recetados), y servicios no cubiertos por el seguro. Por favor proporcione su mejor cálculo.

- 1) Menos de \$100
- 2) \$100 a \$299
- 3) \$300 a \$499
- 4) \$500 a \$999
- 5) \$1,000 a \$1,999
- 6) \$2,000 o más

La próxima sección contiene preguntas acerca de los arreglos que tiene usted para el cuidado/guardería para su niño(a) de dos años.

24a. ¿Tiene actualmente un arreglo de cuidado/guardería de forma regular para su niño(a)? (Por cuidado nos referimos a cualquier tipo de contrato/ acuerdo donde alguien que no es usted, ni su esposo o pareja, ni el tutor o padrastro, cuida a su hijo(a) de forma regular).

- 1) No → **Vaya a la pregunta 33**
- 2) Sí

24b. ¿Cuáles son los arreglos de cuidado/guardería de su niño(a)?

- 1) Proveedor de cuidado de niños en el hogar (1-7 niños)
- 2) Proveedor de cuidado de niños en el hogar (8-12 niños)
- 3) Guardería (8 o más niños)
- 4) Los abuelos del niño(a)
- 5) Otro(s) pariente(s)
- 6) Niñera/amiga/vecina
- 7) Un programa de guardería día a día (Mothers day out).
- 8) Otro _____

Escoja todo lo que aplique

25. ¿Cuál es el promedio de horas por semana que se le cuida o se queda en la guardería su niño(a)?

- 1) Menos de 10 horas por semana
- 2) 10 a 19 horas por semana
- 3) 20 a 29 horas por semana
- 4) 30 a 39 horas por semana
- 5) 40 o más horas por semana

26. ¿Cuál es el costo promedio que usted paga de su bolsillo por el cuidado/guardería de su niño(a)?

- 1) \$ ____/semana o \$ ____/mes
- 2) No tengo que pagar

27a. ¿Alguien le ayuda a pagar por todo o parte del costo del cuidado/guardería de su niño(a)? Nos referimos a una agencia social de gobierno, (tal como el Departamento de Servicios Humanos (DHS), Programa de Educación a Temprana Edad (Early Headstart)) un patrón, una organización caritativa, una tribu, un familiar.

- 1) No → **Vaya a la pregunta 28**
- 2) Sí

27b. ¿Quién le ayuda a pagar por el cuidado/guardería de su niño(a) de dos años?

- 1) Una agencia de gobierno
- 2) Un patrón
- 3) Un padre que no reside en el mismo hogar
- 4) Otro pariente
- 5) Una tribu
- 6) Otro _____

Escoja todo lo que aplique

28. Piense en los arreglos actuales de cuidado/guardería que tiene para su niño(a) de dos años. Por favor díganos que tan satisfecha está usted con los siguientes aspectos:

Que tan satisfecha está usted (con):	Muy Satisfecha	Satisfecha	Insatisfecha	Muy Insatisfecha
1) El costo de la guardería?				
2) El cuidado y atención que recibe su niño(a)?				
3) El lugar y que tan lejos maneja para llegar ahí?				
4) El tiempo que platica el proveedor con usted acerca de cómo pasó el día su niño(a) o sobre cualquier inquietud que haya surgido?				
5) El que su niño(a) esté recibiendo una dieta saludable en la guardería.				