OMB #: 0970-0151
EXPIRATION DATE: 06/2006

Fall 2003

Head Start
Parent Interview – Spanish Version

ID number:_____

Child name: _____

Birth date:_____

Date: _____

Interviewer: _____ Interview complete ☐

Westat

SC1. WILL THE INTERVIEW BE COMPLETED IN WHOLE OR IN PART WITH AN INTERPRETER?

YES. 1
NO. ..... 2 (GO TO INTRO)

IF YES: HAVE INTERPRETER SIGN CONFIDENTIALITY FORM BEFORE INTERVIEW

SC2. WHAT LANGUAGE WILL BE USED? _____

INTRODUCCION

Gracias por acceder a hablar conmigo. El propósito de este estudio es conocer más acerca de las familias del Programa de Head Start y cómo Head Start proporciona diferentes tipos de servicios a los niños y a sus familias. También queremos saber más acerca del programa al que asiste su niño(a). Quiero hablar con usted para que podamos comprender Head Start desde el punto de vista de los padres, incluyendo alguna información acerca del ambiente del hogar del niño. La información de este estudio será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a sus familias.

Estamos realizando estas encuestas en el otoño, al principio del año del programa de Head Start, y estaremos hablando con usted nuevamente en la primavera, y al final del año. La entrevista durará 60 minutos más o menos.

Le haré preguntas y anotaré sus resuestas. Me puede pedir que pare en cualquier momento, y usted puede volver a una pregunta anterior para cambiar sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Nadie del Programa Head Start verá u oirá sus respuestas. Todos los resultados del estudio serán reportados por grupos de padres; ningún resultado será analizado o reportado para personas individuales. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, ésto no afectará la participación suya o de su niño en los programas Head Start. Las cosas que usted me cuente son muy importantes, así es que por favor sea lo más preciso(a) posible. Ocasionalmente, es posible que tenga que hacerle preguntas que no le correspondan a usted o que parezcan ser de naturaleza delicada. Si sucede ésto, simplemente dígamelo y seguiré con la siguiente pregunta.

Antes que empecemos, permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es 0970-0151 expira (10/2006). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 60 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes que empecemos?

S. ELIGIBILITY

Primero, necesito verificar la información que ya tenemos acerca de usted y de [CHILD].

SC3. ¿Es [CHILD] el nombre correcto de su niño(a)?

(CHECK SPELLING)

SI..... 1 (GO TO SC5)
NO..... 2

SC4. ¿Cuál es el nombre correcto de su niño(a)?

Nombre: _____

SC5. Queremos entrevistar a la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]. ¿Es usted esa persona?

SI..... 1 (GO TO SC7)
NO..... 2

SC6. ¿Quién es la persona mayormente reponsable por el cuidado de [CHILD]?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

TERMINATE INTERVIEW

SC7. ¿Cuál es su parentesco o relación con [CHILD]?

MADRE BIOLÓGICA	01	(GO TO A1)
PADRE BIOLÓGICO	02	(GO TO A1)
MADRE ADOPTIVA	03	(GO TO A1)
PADRE ADOPTIVO	04	(GO TO A1)
MADRASTRA	05	(GO TO A1)
PADRASTRO	06	(GO TO A1)
ABUELA	07	
ABUELO	08	
BISABUELA	09	
BISABUELO	10	
HERMANA/HERMANASTRA	11	
HERMANO/HERMANASTRO	12	
OTRA PARIENTE O PARIENTE POLÍTICA	13	
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLÍTICO	14	
MADRE DE CRIANZA (“FOSTER”)	15	
PADRE DE CRIANZA (“FOSTER”)	16	
OTRA QUE NO ES PARIENTE	17	
OTRO QUE NO ES PARIENTE	18	
COMPAÑERA DEL PADRE	19	
COMPAÑERO DE LA MADRE	20	

SC8. ¿Es usted (el/la) tutor(a) legal de [CHILD]?

SI	1	(GO TO A1)
NO	2	

SC9. ¿Quién es (el/la) tutor(a) legal de [CHILD]?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

TERMINATE INTERVIEW

A. ABOUT YOUR CHILD AND FAMILY

A1. ¿[CHILD] es un niño o una niña?

NIÑO 1
NIÑA..... 2

A2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [CHILD?

_____/_____ /20 _____
MES DIA AÑO

A3. ¿Es [CHILD] de origen español, hispano, o latino?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO A5)

A4. ¿Cuál de estos grupos describe mejor a [CHILD]…

Mexicano, mexicanomericano, chicano,..... 1
Puertorriqueño, ... 2
Cubano, o..... 3
Otro grupo español/hispano/latino? .. 4

A5. ¿Cuál es la raza de [CHILD]? Usted puede decir más de una si desea.

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA..... 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA 05
f. FILIPINA..... 06
g. JAPONESA 07
h. COREANA..... 08
i. VIETNAMITA..... 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)* _____ 10
k. NATIVA DE HAWAI..... 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12
m. SAMOANA 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)*___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)*_____ 15

A6. ¿En qué país nació [CHILD]?

USA..... 1 (GO TO A8)
Other
(SPECIFY COUNTRY)_____ 2

A7. ¿Cuántos años ha vivido [CHILD] en Estados Unidos?

|____|
AÑOS

A8. ¿Cuándo empezó [CHILD] Head Start?

_____/_____ /20 _____
MES DIA AÑO

A9. ¿Cómo se enteró usted y [CHILD] la primera vez acerca de este programa de Head Start?

(CIRCLE ONLY ONE ANSWER.)

FAMILIA/AMIGO 01
REFERIDO DE OTRA AGENCIA 02
DE PALABRA 03
HEAD START VINO A VISITAR
NUESTRO HOGAR 04
NIÑOS QUE ESTABAN ANTES
EN HEAD START 05
VOLANTE/CORREO 06
OTRO
(POR FAVOR ESPECIFIQUE)____07

A10. ¿Asistió usted mismo(a) a Head Start?

SI..... 1
NO..... 2

A11. ¿Ha tenido algunos otros niños que hayan asistido a Head Start, o tiene algunos otros niños que asisten ahora a Head Start?

(CIRCLE ALL THAT APPLY.)

a. OTROS NIÑOS QUE ASISTIERON A HEAD START... 1
b. OTROS NIÑOS QUE ASISTEN AHORA A HEAD START 2
c. NINGUNO 3

A12. ¿Participó [CHILD] en “Early Head Start”?

PROBE: “Early Head Start” es un programa diseñado para proporcionar servicios para mejorar el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta la edad de tres años.

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO B1)

A13. ¿Por cuánto tiempo?

|____|
AÑOS

|____|____|
MESES

B. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD

Ahora tengo algunas preguntas acerca de usted y de [CHILD] en el hogar.

B1. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le ha *leído* a [CHILD] la *semana* pasada? ¿Diría usted…
(CIRCLE ONE RESPONSE)

Nunca,.....	1
Una o dos veces, ...	2
Tres o más veces, o.....	3
Todos los días?.....	4

B2. ¿Por cuánto rato disfruta [CHILD] que le lean de una sentada?
PROBE: ¿Más o menos cuántos minutos?

|_____|_____|_____|
MINUTOS

B3. La *semana pasada*, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]? (READ EACH ITEM BELOW) La *semana pasada*, ¿usted o alguien de la familia…			B4. **IF YES:** ¿Cuántas veces ha hecho esto usted *la semana pasada*? ¿Diría que una o dos veces, o tres o más veces?	
	SI	**NO**	**Una o dos Veces**	**Tres o más**
a. Le contó un cuento a (él/ella)?.....	1	2	1	2
b. Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)?	1	2	1	2
c. Le enseñó canciones o música a (él/ella)?.....	1	2	1	2
d. Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)?	1	2	1	2
e. Jugó con juguetes o juegos dentro de la casa?...	1	2	1	2
f. Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?	1	2	1	2
g. Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tales como ir al correo, el banco, o la tienda?	1	2	1	2
h. Lo(a) hizo participar en quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas o animalitos de la casa?	1	2	1	2
i. Le habló acerca de lo que pasó en Head Start?..	1	2	1	2
j. Le habló acerca de programas de la televisión o videos?.....	1	2	1	2
k. Jugó juegos de contar tales como cantar canciones con números o leer libros con números?	1	2	1	2

B5. El *mes pasado,* es decir desde [(MONTH)/(DAY)], ¿alguien de su familia ha hecho las siguientes cosas con [CHILD]?

		SI	NO
a.	¿Visitado una biblioteca?	1	2
b.	¿Ido al cine?	1	2
c.	¿Ido a ver una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo?	1	2
d.	¿Ido a un centro comercial?	1	2
e.	¿Visitado una galería de arte, museo, o lugar histórico?	1	2
f.	¿Visitado un parque de entretenimiento, parque, o ido a una excursión?	1	2
g.	¿Visitado un zoológico o acuario?	1	2
h.	¿Hablado con [CHILD] acerca de su historia de familia o herencia étnica?	1	2
i.	¿Asistido a un evento auspiciado por un grupo de la comunidad, étnico o religioso?	1	2
j.	¿Asistido a un evento atlético o deportivo en el que [CHILD] no era jugador?	1	2
k.	¿Asistido a una actividad en la iglesia o escuela parroquial?	1	2

B6. ¿Qué de lo siguiente tiene usted en el hogar?

		SI	NO
a.	Libros de historietas cómicas	1	2
b.	Revistas para niños	1	2
c.	Revistas para adultos, tales como “*Newsweek”* o “*People”* o “*Sports Illustrated”*	1	2
d.	Periódicos	1	2
e.	Catálogos	1	2
f.	Libros religiosos tales como la biblia o libros de oración	1	2
g.	Diccionarios o enciclopedias	1	2
h.	Otros libros tales como novelas o biografías o libros que no sean de ficción	1	2

C. DISABILITIES

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de [CHILD].

C1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que [CHILD] tiene algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO D1)

C2. ¿Aguien del personal de Head Start le sugirió que pida una opinión profesional?

SI 1
NO 2

C3. ¿Cómo describió el médico u otro profesional de salud o de educación las necesidades de [CHILD]? ¿Tiene [CHILD]…
(ASK EACH ITEM)

		SI	NO
a.	Una incapacidad específica de aprendizaje?	1	2
b.	Retraso mental?	1	2
c.	Una incapacidad del habla?	1	2
d.	Una incapacidad del lenguaje?	1	2
e.	Una perturbación emocional/de comportamiento seria?	1	2
f.	Sordera?	1	2
g.	Otra incapacidad de la audición?	1	2
h.	Ceguera	1	2
i.	Otra incapacidad visual?	1	2
j.	Una incapacidad ortopédica	1	2
k.	Otra incapacidad de salud de seis meses o más de duración	1	2
l.	Autismo	1	2
m.	Lesión traumática del cerebro	1	2
n.	Retraso/No categórico del desarrollo	1	2
o.	Otro (POR FAVOR ESPECIFIQUE)_____	1	2

C4. La(s) incapacidad(es) de [CHILD] afectan su capacidad de aprendizaje?

SI 1
NO 2

C5. ¿Tiene [CHILD] un “IEP”, un Programa o Plan de Educación Individualizada?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO D1)

C6. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el dasarrollo de un Programa de Educación Individualizada o Plan (“IEP”) o un Plan de Servicio Individual para la Familia (“IFSP”) para [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

C7. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de Head Start, o con alguna otra persona o agencia?

HEAD START 1
NO HEAD START 2

C8. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con este servicio? ¿Diría que está…

Muy disatisfecho(a), ... 1
Algo disatisfecho(a),..... 2
Algo satisfecho(a), o 3
Muy satisfecho(a)?..... 4

D. YOUR CHILD'S ACCOMPLISHMENTS

Estas siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden ser o no verdaderas para [CHILD].

D1. ¿Puede [CHILD] reconocer...

Todas las letras del alfabeto,.	1
La mayoría de ellas,.....	2
Algunas de ellas, o.....	3
Ninguna de ellas?..	4

D2. ¿Hasta cuánto puede contar [CHILD]? ¿Diría usted que...

Nada,.....	1
Hasta cinco, ...	2
Hasta diez, ...	3
Hasta veinte, ...	4
Hasta cincuenta, o	5
Hasta 100 o más?.....	6

D3. ¿Puede [CHILD] abotonarse la ropa?

SI.....	1
NO.....	2

D4. ¿Toma [CHILD] un lápiz apropiadamente?

SI.....	1
NO.....	2

D5. ¿Con qué frecuencia a [CHILD] le gusta escribir o simular que escribe? ¿Diría…

Nunca,.....	1	(GO TO D8)
Lo ha hecho una o dos veces, ...	2	
Algunas veces, o.....	3	
Frecuentemente?.....	4	

D6. ¿Escribe y dibuja mayormente [CHILD] en lugar de hacer garabatos?

SI.....	1
NO.....	2

D7. ¿Puede escribir [CHILD] su nombre, aún si algunas letras están al revés?

SI..... 1
NO..... 2

D8. ¿Tropieza, da un traspié, o se cae fácilmente [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

D9. Cuando [CHILD] habla, ¿lo(a) entiende un extraño?

SI..... 1
NO..... 2

D10. ¿Empezó [CHILD] a hablar más tarde que otros niños que usted conoce?

(REFERS TO PRIMARY LANGUAGE)

SI..... 1
NO..... 2

D11. ¿Tartamudea o balbucea [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

D12. ¿Mira [CHILD] alguna vez un libro con dibujos y simula leer?

SI..... 1
NO..... 2

D13. ¿Reconoce [CHILD] su propio nombre escrito o impreso?

SI..... 1
NO..... 2

D14. ¿Puede identificar [CHILD] los colores rojo, amarillo, azul, y verde por el nombre? ¿Diría usted…

Todos ellos,..... 1
Algunos de ellos, o..... 2
Ninguno de ellos? 3

E. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

E1. En general, pensando acerca de [CHILD] ahora o a través de los meses pasados, dígame qué tan bien describen las siguientes aseveraciones el comportamiento *usual* de [CHILD]: Para cada una, dígame si esto es *muy verdadero, algo verdadero, o no es verdadero.*

		Muy Verdadero	Algo Verdadero	No es Verdadero
a.	¿Hace amigos fácilmente?	1	2	3
b.	¿Espera su turno cuando juega o en otras actividades?	1	2	3
c.	¿No se puede concentrar, no puede prestar atención por mucho rato?	1	2	3
d.	¿Es muy inquieto(a) y se mueve mucho?	1	2	3
e.	¿Se siente infeliz, triste, o deprimido(a)?	1	2	3
f.	¿Reconforta o ayuda a otros?	1	2	3
g.	¿Respeta las reglas cuando juega con otros	1	2	3
h.	¿Se preocupa acerca de cosas por largo tiempo?	1	2	3
i.	¿Acepta las ideas de los amigos cuando juega y comparte?	1	2	3
j.	¿No se lleva bien con otros niños?	1	2	3
k.	¿Se siente que no vale nada o que es inferior?	1	2	3
l.	¿Tiene dificultad para cambiar de una actividad a otra?	1	2	3
m.	¿Es nervioso(a), se pone muy tenso(a)?	1	2	3
n.	¿Le ayuda a usted a guardar los juguetes, ropas, platos?	1	2	3
o.	¿Es desobediente en el hogar?	1	2	3
p.	¿Depende de los adultos para lo que tiene que hacer, y no toma la iniciativa?	1	2	3
q.	Cuando tiene una dificultad, ¿tiende a hecharse a llorar?	1	2	3
r.	¿Está dispuesto(a) a aceptar ayuda cuando la necesita?	1	2	3
s.	¿Hace una actividad por tanto tiempo como se puede esperar de un niño de su edad?	1	2	3
t.	¿Actúa sin tomarse suficiente tiempo para ver el problema o pensar en la solución?	1	2	3
u.	¿No puede hacer nada constructivo cuando está abatido(a) o de mal humor?	1	2	3

F. HOUSEHOLD RULES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las reglas y límites impuestos en el hogar.

F1. En su hogar, ¿hay reglas o rutinas acerca de …

		SI	NO	N/A
a.	Qué programas de televisión puede ver [CHILD]?	1	2	3
b.	Cuántas horas puede ver televisión [CHILD]?	1	2	3
c.	Qué tipo de comidas come [CHILD]?	1	2	3
d.	A qué hora se va a la cama [CHILD]?	1	2	3
e.	Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]?	1	2	3

F2. Algunas veces los niños se portan bastante bien y otras no. ¿Le ha dado unas palmadas a [CHILD] la semana pasada por no portarse bien?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO F4)

F3. ¿Más o menos cuántas veces en la semana pasada?

|__|__| CANTIDAD DE VECES

F4. ¿Le ha dicho que deje de hacer lo que estaba haciendo y lo ha mandado como castigo a [CHILD] a su dormitorio la semana pasada por no portarse bien?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO F6)

F5. ¿Cuántas veces más o menos la semana pasada?

|__|__| CANTIDAD DE VECES

F6. Aquí hay algunas declaraciones que los padres de niños pequeños dicen acerca de ellos mismos. Le voy a leer las declaraciones, después de cada una por favor dígame qué tan *parecido a ustedes esto:exactamente, mucho, algo, no mucho, o nada..*

		Exacta-mente	Mucho	Algo	No Mucho	Nada
a.	Yo controlo a mi niño(a) advirtiéndole acerca de las malas cosas que le pueden suceder a (él/ella).....	1	2	3	4	5
b.	Hay veces que simplemente no tengo energías para hacer que mi niño(a) se comporte como (él/ella) debería	1	2	3	4	5
c.	Mi niño(a) y yo tenemos momentos íntimos cálidos juntos(as).....	1	2	3	4	5
d.	Yo enseño a mi niño(a) que portarse mal o no seguir las reglas establecidas será siempre castigado de una manera u otra	1	2	3	4	5
e.	Yo estimulo a mi niño(a) para que sea curioso(a), que explore y que pregunte cosas	1	2	3	4	5
f.	Yo no le permito a mi niño(a) que se enoje conmigo.....	1	2	3	4	5
g.	Yo soy fácil de tratar y relajado(a) con mi niño(a)	1	2	3	4	5
h.	Yo creo que a un niño se le debe mirar y no escuchar.....	1	2	3	4	5
i.	Yo me aseguro que mi niño(a) sepa que yo aprecio lo que (él/ella) trata de realizar	1	2	3	4	5
j.	Yo no tengo ningún o muy poco problema para seguir mis reglas para mi niño(a) aún cuando hay parientes cercanos presente (incluyendo abuelos).	1	2	3	4	5
k.	Yo estimulo a mi niño(a) para que sea independiente de mí.....	1	2	3	4	5
l.	Una vez que yo decido cómo tratar un mal comportamiento de mi niño(a), lo sigo completamente	1	2	3	4	5
m.	Yo creo que el castigo físico es la mejor manera de disciplinar	1	2	3	4	5

G. YOU AND YOUR FAMILY

BOX G-1A

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIRTH/ADOPTIVE MOTHER.... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)
SOMEONE ELSE..... 2 (ASK QUESTIONS ABOUT MOTHER)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de (usted/la madre de [CHILD]).

G1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (usted/ella)?

_____/_____ /19 _____
MES DIA AÑO

G2. ¿Qué edad tenía (usted/ella) cuando dio a luz por primera vez?

|_____|_____|
AÑOS DE EDAD

G3. ¿Es (usted/ella) de origen español, hispano, o latino?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO G5)

G4. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a (usted/ella)…

Mexicano, mexicanomericano, chicano,..... 1
Puertorriqueño, ... 2
Cubano, u..... 3
Otro grupo español/hispano/latino? .. 4

G5. ¿Cuál es (su raza/la raza de ella)?
(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA 05
f. FILIPINA 06
g. JAPONESA 07
h. COREANA 08
i. VIETNAMITA 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)* _____ 10
k. NATIVA DE HAWAI 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA 12
m. SAMOANA 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)*___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)*_____ 15

G6. ¿En qué país nació (usted/ella)?

USA ..... 1 (GO TO BOX G-7a)
OTHER
(SPECIFY COUNTRY) _____ 2

G7. ¿Cuántos años ha estado viviendo (usted/ella) en Estados Unidos?

|_____|_____|
AÑOS

BOX G-7a

IF R IS BIRTH/ADOPTIVE MOTHER,
CHECK THIS BOX …. ☐ AND GO TO G14.
OTHERWISE, CONTINUE WITH G8.

G8. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

MADRE EN EL HOGAR ..... 1 (GO TO G14)
MADRE NO ESTA EN EL HOGAR ... 2
MADRE FALLECIDA ..... 3 (GO TO G15)

G9. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

G10. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

|__|__|__| CANTIDAD DE DIAS

G11. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00
DON'T KNOW 98

OR

a. CANTIDAD:

|__|__|__|

b. UNIDAD
DIAS..... 1
SEMANAS..... 2
MESES..... 3
AÑOS 4

G12. En los 12 meses pasados, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI..... 1
NO..... 2

G13. En los 12 meses pasados, ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI..... 1
NO..... 2

BOX G-13a

IF BIRTH/ADOPTIVE MOTHER DECEASED,
CHECK THIS BOX ☐ AND GO TO G15.
OTHERWISE, CONTINUE WITH G14.

G14. ¿Cuál es el estado civil actual de (usted/ella)?

CASADA 1
SEPARADA..... 2
DIVORCIADA..... 3
VIUDA 4
NUNCA CASADA..... 5

G15. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (usted/ella) completó? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

HASTA 8th GRADO	01
9th A 11th GRADO	02
12th GRADO PERO SIN DIPLOMA	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/ EQUIVALENTE	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.)	13

IF CHILD'S MOTHER DECEASED OR NOT IN HOUSEHOLD,
CHECK THIS BOX … ☐
AND GO TO BOX G-25a.
OTHERWISE, CONTINUE WITH G16.

G16. En los 12 meses pasados, ¿ha tomado (usted/ella) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

SI	1	
NO	2	(GO TO G20)

G17. ¿Cuál es la razón *principal* para tomar los programas, cursos, clases, o talleres? (CIRCLE ONE RESPONSE)

PARA MEJORAR LAS DESTREZAS BASICAS DE LECTURA, ESCRITURA, O MATEMATICAS 01
PARA AYUDAR A APRENDER A MI(S) NIÑO(S) 02
PARA AUMENTAR MI CONFIANZA EN MI MISMA 03
PARA OBTENER UN DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/ SECUNDARIA) O GED 04
PARA MEJORAR LAS DESTREZAS EN EL TRABAJO O CONOCIMIENTOS 05
PARA CONSEGUIR UN AUMENTO O PROMOCION EN EL TRABAJO 06
PARA CONSEGUIR UN TRABAJO O UN MEJOR TRABAJO . 07
PARA CUMPLIR UN REQUISITO PARA RECIBIR AYUDA PUBLICA 08
PARA OBTENER UN TITULO O CERTIFICADO 09

G18. ¿Estaba (usted/ella) estudiando para obtener un título o certificado? PROBE: ¿Qué tipo de (título/certificado)?

LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL 01
GRADO ASOCIADO 02
DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO ("CDA") 03
GRADO UNIVERSITARIO 04
POSTGRADO 05
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____ 06
NO 07

G19. ¿Le ayudó Head Start a (usted/ella) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/ella) tomó en los 12 meses pasados?

SI ..... 1 (GO TO G22)
NO ..... 2 (GO TO G22)

G20. ¿Estuvo interesada (usted/ella) en tomar algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal en los 12 meses pasados?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G22)

G21. Los adultos algunas veces encuentran dificil tomar parte en actividades educacionales, aún si ellos quieren hacerlo. ¿Cuál fue la razón principal que le impidió a (usted/ella) tomar programas, cursos, clases, o talleres?

REQUISITOS/CALIFICACIONES DE ADMISION 01
MUY MAYOR PARA TOMAR CUALQUIER CURSO 02
PROBLEMA DE SALUD/INCAPACIDAD 03
NO LE GUSTA ESTUDIAR 04
FALTA DE CONFIANZA 05
NO TIENE INFORMACION ACERCA DE LO QUE OFRECEN 06
FALTA DE CUIDADO PARA NIÑOS 07
CONSTRICCIONES DE TIEMPO (HOGAR O TRABAJO) .. 08
COSTO 09
LOCALIZACION INCONVENIENTE/FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTACION 10

G22. ¿Está (usted/ella) actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?
(CIRCLE ONE RESPONSE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA) 01
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL 02
BUSCANDO TRABAJO 03
SUSPENDIDA DEL TRABAJO 04
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO 05
EN LA CARCEL/PRISION 06
EN EL EJERCITO 07
ATENDIENDO LA CASA 08
ALGUNA OTRA COSA (*PLEASE SPECIFY*) _____ 09

} GO TO BOX G-25a

G23. ¿Para quien ha trabajado (usted/ella) en los 12 meses pasados?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____

TIPO DE NEGOCIO _____

G24 ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/ella) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

TIPO DE TRABAJO _____

OBLIGACION IMPORTANTE _____

G25.

To be coded by home office only

OCCUPATION CODE: ( )

Executive, Administrative, and Managerial Occupations	01
Engineers, Surveyors, and Architects	02
Natural Scientists and Mathematicians	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers	04
Teachers	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician's Assistants	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes	08
Health Technologists and Technicians	09
Technologists and Technicians, except Health	10
Marketing and Sales Occupation	11
Administrative Support Occupation, including Clerical	12
Service Occupations	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations	14
Mechanics and Repairers	15
Construction and Extractive Occupations	16
Precision Production Occupations	17
Production Working Occupations	18
Transportation and Materials Moving Occupations	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers	20
Miscellaneous Occupations	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

BOX G-25A

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIRTH/ADOPTIVE FATHER..... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)
SOMEONE ELSE ..... 2 (ASK QUESTIONS ABOUT FATHER)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca (del padre de [CHILD]/usted).

G26. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (él/usted)?

_____/_____ /19 _____
MES DIA AÑO

G27. ¿Es (él/usted) de origen español, hispano, o latino?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO G29)

G28. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a (él/usted)…

Mexicano, mexicanomericano, chicano,..... 1
Puertorriqueño, ... 2
Cubano, u..... 3
Otro grupo español/hispano/latino? .. 4

G29. ¿Cuál es (la raza de él/su raza)?
(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA..... 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA 05
f. FILIPINA..... 06
g. JAPONESA 07
h. COREANA..... 08
i. VIETNAMITA..... 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)* _____ 10
k. NATIVA DE HAWAI..... 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12
m. SAMOANA 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)*___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)*_____ 15

G30. ¿En qué país nació (él/usted)?

USA..... 1 (GO TO BOX G-31a)
Other (Please specify country) _____ 2

G31. ¿Cuántos años ha vivido (él/usted) en Estados Unidos?

|_____|_____|
AÑOS

BOX G-31a

IF R IS BIRTH/ADOPTIVE FATHER,
CHECK THIS BOX … ☐ AND GO TO G40.
OTHERWISE, CONTINUE WITH G32.

G32. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE EN EL HOGAR ..... 1 (GO TO G40)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR.... 2
PADRE FALLECIDO..... 3 (GO TO G39)

G33. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

G34. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

|__|__|__| CANTIDAD DE DIAS

G35. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00
DON'T KNOW..... 98

OR

a. CANTIDAD:

|__|__|__|

b. UNIDAD
DIAS..... 1
SEMANAS..... 2
MESES..... 3
AÑOS..... 4

G36. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI..... 1
NO..... 2

G37. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI..... 1
NO..... 2

G38. ¿Cuánto desea usted que participe el padre de (CHILD) en la crianza de (CHILD)? ¿Diría…

Mucho, ... 1
Un poco, ... 2
No mucho, o..... 3
Nada?..... 4

G39. ¿Hay alguna persona que sea como un padre para [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

BOX G-39a

REFER TO G32: IF FATHER DECEASED,
CHECK THIS BOX …… ☐ AND GO TO G41.
OTHERWISE, GO TO G40.

G40 ¿Cuál es estado civil actual (del padre de [CHILD]/de usted)?

CASADO 1
SEPARADO 2
DIVORCIADO 3
VIUDO..... 4
NUNCA CASADO 5
REFUSED 7
DON'T KNOW 8

G41 ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (el padre de [CHILD]/usted) completó? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

HASTA 8th GRADO	01
9th A 11th GRADO	02
12th GRADO PERO SIN DIPLOMA	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/ EQUIVALENTE	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.)	13
REFUSED	97

BOX G-41a

IF CHILD'S BIRTH/ADOPTIVE FATHER DECEASED OR NOT IN HOUSEHOLD,
CHECK THIS BOX … ☐ AND SKIP TO BOX G-51a.
OTHERWISE, CONTINUE WITH G42.

G42. En los 12 meses pasados, ¿ha tomado (él/usted) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

SI	1	
NO	2	(GO TO G46)

G43. ¿Cuál es la razón *principal* para tomar los programas, cursos, clases, o talleres? (CIRCLE ONE RESPONSE)

PARA MEJORAR LAS DESTREZAS BASICAS DE LECTURA, ESCRITURA, O MATEMATICAS	01
PARA AYUDAR A APRENDER A MI(S) NIÑO(S)	02
PARA AUMENTAR MI CONFIANZA EN MI MISMA	03
PARA OBTENER UN DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/ SECUNDARIA) O GED	04
PARA MEJORAR LAS DESTREZAS EN EL TRABAJO O CONOCIMIENTOS	05
PARA CONSEGUIR UN AUMENTO O PROMOCION EN EL TRABAJO	06
PARA CONSEGUIR UN TRABAJO O UN MEJOR TRABAJO	07
PARA CUMPLIR UN REQUISITO PARA RECIBIR AYUDA PUBLICA	08
PARA OBTENER UN TITULO O CERTIFICADO	09

G44. ¿Estaba (él/usted) estudiando para obtener un título o certificado?

PROBE: ¿Qué tipo de (título/certificado)?

LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL	01
GRADO ASOCIADO	02
DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO (“CDA”)	03
GRADO UNIVERSITARIO	04
POSTGRADO	05
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	06
NO	07

G45. ¿Le ayudó Head Start a (él/usted) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (él/usted) tomó en los 12 meses pasados?

SI	1	(GO TO G48)
NO	2	(GO TO G48)

G46. ¿Estuvo interesado (él/usted) en tomar algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal en los 12 meses pasados?

SI	1	
NO	2	(GO TO G48)

G47. Los adultos algunas veces encuentran dificil tomar parte en actividades educacionales, aún si ellos quieren hacerlo. ¿Cuál fue la razón principal que le impidió a (él/usted) tomar programas, cursos, clases, o talleres?

REQUISITOS/CALIFICACIONES DE ADMISION	01
MUY MAYOR PARA TOMAR CUALQUIER CURSO	02
PROBLEMA DE SALUD/INCAPACIDAD	03
NO LE GUSTA ESTUDIAR	04
FALTA DE CONFIANZA	05
NO TIENE INFORMACION ACERCA DE LO QUE OFRECEN	06
FALTA DE CUIDADO PARA NIÑOS	07
CONSTRICCIONES DE TIEMPO (HOGAR O TRABAJO)	08
COSTO	09
LOCALIZACION INCONVENIENTE/FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTACION	10

G48. ¿Está (él/usted) trabajando actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o alguna otra cosa?
(CIRCLE ONE RESPONSE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA)	01	
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02	
BUSCANDO TRABAJO	03	GO TO BOX G-51a
SUSPENDIDA DEL TRABAJO	04	
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO	05	
EN LA CARCEL/PRISION	06	
EN EL EJERCITO	07	
ATENDIENDO LA CASA	08	
ALGUNA OTRA COSA (*SPECIFY*) _____	09	

G49. ¿Para quien ha trabajado (él/usted) en los 12 meses pasados?
[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____

TIPO DE NEGOCIO _____

G50. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (él/usted) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

TIPO DE TRABAJO _____

OBLIGACION IMPORTANTE_____

G51.

To be coded by home office only

OCCUPATION CODE: ( )

Executive, Administrative, and Managerial Occupations	01
Engineers, Surveyors, and Architects	02
Natural Scientists and Mathematicians	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers	04
Teachers	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician's Assistants	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes	08
Health Technologists and Technicians	09
Technologists and Technicians, except Health	10
Marketing and Sales Occupation	11
Administrative Support Occupation, including Clerical	12
Service Occupations	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations	14
Mechanics and Repairers	15
Construction and Extractive Occupations	16
Precision Production Occupations	17
Production Working Occupations	18
Transportation and Materials Moving Occupations	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers	20
Miscellaneous Occupations	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

BOX G-51a

IF RESPONDENT IS CHILD'S MOTHER OR FATHER,
CHECK THIS BOX …… ☐ AND GO TO G57.
OTHERWISE, GO TO G52.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted.

G52. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

_____/_____ /19 _____
MES DIA AÑO

G53. ¿Es usted de origen español, hispano, o latino?

SI 1
NO ..... 2 (GO TO G55)

G54. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a usted?

Mexicano, mexicanoamericano, Chicano, ... 1
Puertorriqueño, ... 2
Cubano, o 3
Otro grupo español/hispano/latino? .. 4

G55. ¿Cuál es su raza?
(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA 01
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA 02
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (*SPECIFY)*_____ 03
d. INDOASIATICA 04
e. CHINA 05
f. FILIPINA 06
g. JAPONESA 07
h. COREANA 08
i. VIETNAMITA 09
j. OTRA ASIATICA *(SPECIFY)* _____ 10
k. NATIVA DE HAWAI 11
l. GUAMANIANA O CHAMORRA 12
m. SAMOANA 13
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO *(SPECIFY)*___ 14
o. OTRA RAZA *(SPECIFY)*_____ 15

G56. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted completó? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

UP TO 8TH GRADE	01
9TH TO 11TH GRADE	02
12TH GRADE BUT NO DIPLOMA	03
HIGH SCHOOL DIPLOMA/EQUIVALENT	04
VOC/TECH PROGRAM AFTER HIGH SCHOOL BUT NO VOC/TECH DIPLOMA	05
VOC/TECH DIPLOMA AFTER HIGH SCHOOL	06
SOME COLLEGE BUT NO DEGREE	07
ASSOCIATE'S DEGREE	08
BACHELOR'S DEGREE	09
GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL BUT NO DEGREE	10
MASTER'S DEGREE (MA, MS)	11
DOCTORATE DEGREE (PHD, EDD)	12
PROFESSIONAL DEGREE AFTER BACHELOR'S DEGREE (MEDICINE/MD; DENTISTRY/DDS; LAW/JD/LLB; ETC.)	13

G57. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad o mayores viven en este hogar?

|__|__| CANTIDAD DE ADULTOS

G58. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños y niñas de 17 años de edad y menores viven en en este hogar?

|__|__| CANTIDAD DE NIÑOS

G59. ¿Cuál es su estado civil actual?

CASADO	1
SEPARADO	2
DIVORCIADO	3
VIUDO	4
NUNCA CASADO	5
REFUSED	7
DON'T KNOW	8

G60. Por favor dígame el nombre de cada persona de su hogar.
PROBE: ¿Hay alguna otra persona en su hogar?

G60a. Nombre	G60b. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NAME] con [CHILD]? (SEE CODES BELOW)	G60c. ¿Qué edad tiene [NAME]?	G60d. ¿Asistió esta persona alguna vez a Head Start?	G60e. (ASK FOR CHILDREN UNDER 10 ONLY) ¿Asistió alguna vez este(a) niño(a) a Early Head Start?
a. [CHILD]			(CIRCLE ONE)	(CIRCLE ONE)
b. RESPONDENT				
c.			Y - N	Y – N
d.			Y – N	Y – N
e.			Y – N	Y – N
f.			Y – N	Y – N
g.			Y – N	Y – N
h.			Y – N	Y – N
i.			Y – N	Y – N
j.			Y – N	Y – N
k.			Y – N	Y – N
l.			Y – N	Y – N
m.			Y – N	Y – N
n.			Y – N	Y – N
o.			Y – N	Y – N

RELATIONSHIP CODES:	
01=Birth/Adoptive Mother	11=Other relative or in-law (female)
02=Birth/Adoptive Father	12=Other relative or in-law (male)
03=Stepmother	13=Foster parent (female)
04=Stepfather	1. 14=Foster parent (male)
05=Grandmother	15=Other non-relative (female)
06=Grandfather	16=Other non-relative (male)
07=Great grandmother	17=Parent's partner (female)
08=Great grandfather	18=Parent's partner (male)
09=Sister/Stepsister	97=Refused
10=Brother/Stepbrother	98=Don't know/Didn't Respond

G61. ¿Se habla algún otro idioma distinto al inglés en su hogar?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO H1)

G62. ¿Cuáles son esos idiomas?
(CIRCLE ALL THAT APPLY)

a. FRANCES 01
b. ESPAÑOL 02
c. CAMBODIANO (KHMER)..... 03
d. CHINO..... 04
e. CREOLE HAITIANO..... 05
f. HMONG..... 06
g. JAPONES..... 07
h. COREANO 08
i. VIETNAMES..... 09
j. ARABE 10
k. OTRO (ESPECIFIQUE)_____ 11

G63. ¿Qué idioma se le habla más frecuentemente a [CHILD] en el hogar?

FRANCES 01
ESPAÑOL..... 02
CAMBODIANO (KHMER)..... 03
CHINO..... 04
CREOLE HAITIANO..... 05
HMONG..... 06
JAPONES..... 07
COREANO 08
VIETNAMES..... 09
ARABE 10
OTRO
(ESPECIFIQUE) _____ 11
INGLES ..... 12 (GO TO H1)

G64. ¿Qué tan bien comprende inglés usted? (READ RESPONSE OPTIONS)
¿Qué tan bien habla inglés usted? (READ RESPONSE OPTIONS)
¿Qué tan bien lee inglés usted? ? (READ RESPONSE OPTIONS)

	Nada	No Bien	Bien	Muy Bien
a. Comprende inglés……..	1	2	3	4
b. Habla inglés ……..	1	2	3	4
c. Lee inglés ……	1	2	3	4

G65. ¿Qué tan bien habla [LANGUAGE LISTED IN G63]? (READ RESPONSE OPTIONS)
¿Qué tan bien lee [LANGUAGE LISTED IN G63]? (READ RESPONSE OPTIONS)
¿Qué tan bien escribe your [LANGUAGE LISTED IN G63]?
(READ RESPONSE OPTIONS)

	Nada	No Bienl	Bien	Muy Bien
a. Habla su idioma materno……..	1	2	3	4
b. Lee su idioma materno ……	1	2	3	4
c. Escribe su idioma materno …….	1	2	3	4

G66. Si usted le lee a sus niños, ¿qué idioma usa normalmente ahora? (SELECT ONE)

INGLÉS..... 1
IDIOMA ANOTADO EN G 63..... 2
LOS DOS IDIOMAS ANOTADOS EN G 63…… 3
NO LO PUEDE HACER/NO LE LEE A LOS NIÑOS…… 4

G67. ¿Hay alguien disponible en el salón de clases de Head Start para que le hable [LANGUAGE from G63] a [CHILD]?

SI..... 1
NO..... 2

G68. ¿Necesita o desea [CHILD] alguna vez que un miembro del personal de enseñanza de Head Start hable [LANGUAGE from G63]?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO H1)

G69. ¿Hay alguien de Head Start disponible para hablar con usted o su familia en [LANGUAGE from G63]?

SI..... 1
NO..... 2

H. INCOME AND HOUSING

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las fuentes de ingreso de su hogar. Esta información permanecerá confidencial.

H1. ¿Está cubierto [CHILD] por un seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o del trabajo de otro adulto que esté empleado?

SI..... 1 (GO TO H2)
NO..... 2

H1a. "Está cubierto [CHILD] por Medicare, CHIP, O un programa de seguro de salud del estado?

SI..... 1
NO..... 2

H2. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda en los últimos seis meses?

		SI	NO
a.	Bienestar, TANF, o ayuda general.....	1	2
b.	Seguro de desempleo	1	2
c.	(Cupones/Sellos/Estampillas/Cheques) de alimento	1	2
d.	WIC -- Programa especial de comida suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños.....	1	2
e.	Pensión Alimenticia al Niño.....	1	2
f.	SSI o Seguro Social de Retiro, Incapacidad, o beneficios de Sobreviviente.....	1	2
g.	Pagos por proveer cuidado de crianza.....	1	2
h.	Ayuda para pagar la energía.....	1	2

BOX H-2a

IF H2 a, c, OR d WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX….☐
THEN ASK H3.
OTHERWISE, GO TO H4.

H3. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les ha requerido que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted o a alguna otra persona del hogar que…

		SI	NO
a.	Asista a un adiestramiento de trabajo?	1	2
b.	Asista a la escuela o a una clase GED?	1	2
c.	Consiga un trabajo?	1	2
d.	Haga alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE)_____	1	2

H4. ¿Cuál fue [su ingreso total/el ingreso total (combinado) de (usted y de su esposo/esposa)] el año calendario pasado -- es decir, 2002 – incluyendo salarios y otras ganancias, intereses, retiro, y así sucesivamente?

INGRESO TOTAL (COMBINADO)..... $ __ __ __, __ __ __ (GO TO H6)

O

REFUSED ..... 97 (GO TO H6)
DON'T KNOW ..... 99 (GO TO H5)

H5. ¿Fue éste…

$25.000 o menos, o ..... 1 (READ SET 1)
Más de $25.000? ..... 2 (READ SET 2)

H5a. [SET 1] ¿Fue éste…

$5.000 o menos, ... 01
$5.000 a $10.000, ... 02
$10.001 a $15.000, ... 03
$15.001 a $20.000, o 04
$20.001 a $25.000? 05

H5b. [SET 2] ¿Fue éste…

$25.001 a $30.000, ... 06
$30.001 a $35.000, ... 07
$35.001 a $40.000, ... 08
$40.001 a $50.000, ... 09
$50.001 a $75.000, o 10
Más de $75.000? 11

H6. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

|__|__| CANTIDAD DE ADULTOS

H7. Ahora, incluyendo a *todas las personas* de su hogar, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar el último **mes** antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

INGRESO DEL HOGAR..... $ __ , __ __ __ (GO TO H9)
(CANTIDAD AL MES)

O

REFUSED ..... 97 (GO TO H9)
DON'T KNOW ..... 98 (GO TO H8)

H8. ¿Diría usted que éste fue…

Menos de $250, ... 01
Entre $251 y $500,..... 02
Entre $501 y $1.000,..... 03
Entre $1.001 y $1.500,..... 04
Entre $1.501 y $2.000,..... 05
Entre $2.001 y $2.500, o..... 06
Sobre $2.500?..... 07
REFUSED 97
DON'T KNOW 98

H9. Las siguientes preguntas son acerca de vivienda. ¿Vive usted ahora en …

Una casa, un departamento, o una casa móvil con su familia solamente,..... 1
Una casa, un departamento, o una casa móvil que comparte con otra familia, ... 2
Vivienda de transición (departamento) o un refugio para personas sin hogar, o..... 3
Algún otro lugar? (POR FAVOR ESPECIFIQUE) 4
_____

H10. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos doce meses?

|____|
VECES

H11. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga renta, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

ES DUEÑO(A) O ESTÁ COMPRANDO CASA O APARTAMENTO 1
RENTA (SIN AYUDA PÚBLICA) 2
VIVIENDA PÚBLICA O SUBSIDIADA..... 3
ALGÚN OTRO ARREGLO 4

I. CHILD CARE

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cualquier arreglo para cuidado del niño, distinto a Head Start, que usted pueda estar usando para [CHILD]. Esto no incluye niñeras usadas por actividades sociales tales como salir en la tarde.

I1. Pensemos en los años *antes* que [CHILD] fuera matriculado(a) en Head Start. Durante ese tiempo, ¿lo(a) cuidó a (él/ella) en forma regular (10 horas a la semana o más) alguien que no fuera usted (o el otro padre de [CHILD])?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO I5)

I2. ¿Qué edad en meses tenía [CHILD] cuando (él/ella) empezó por primera vez en un arreglo de cuidado al niño por 10 horas o más a la semana?

|____|____|
MESES DE EDAD

I3. Pensando acerca de todos los arreglos de cuidado al niño en que [CHILD] estuvo antes de ser matriculado(a) en Head Start,

(a) ¿Dónde y por quién fue proporcionado ese cuidado?

(b) ¿Qué arreglo usó más frecuentemente?

	CIRCLE ALL THAT APPLY (a)	CIRCLE ONE USED MOST (b)
a. EN EL HOGAR DE [CHILD] POR UN PARIENTE.....	01	01
b. EN EL HOGAR DE [CHILD] POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE.....	02	02
c. EN EL HOGAR DE UN PARIENTE.....	03	03
d. EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO	04	04
e. HOGAR DE CUIDADO DIURNO FAMILIAR	05	05
f. OTRO CENTRO DE CUIDADO AL NIÑO/ PROGRAMA DE DESARROLLO PARA EL NIÑO	06	06
g. EARLY HEAD START	07	07
h. OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	08	08

I4. Antes de estar matriculado en Head Start, ¿en cuántos arreglos de cuidado al niño diferentes pasó [CHILD] 10 o más horas a la semana?

|____|____|
ARREGLOS

I5. Ahora hablemos acerca de los arreglos de cuidado al niño que usted usa para [CHILD] **justamente ahora**. Cuidado al niño no incluye el tiempo en las clases de Head Start, pero puede incluir cuidado al niño separado en el centro Head Start antes o después de clases. Esto no incluye niñeras usadas por actividades sociales tales como salir en la tarde.

¿Está [CHILD] en cuidado al niño antes o después de Head Start?

ANTES	1	
DESPUES	2	
AMBOS	3	
NO ESTA EN CUIDADO	2	(GO TO I11)

I6. ¿En cuántos diferentes arreglos para el cuidado del niño pasa tiempo [CHILD] cada semana?

|____|____|
ARREGLOS

I7. ¿Dónde se proporciona ese cuidado?

IF MORE THAN ONE, PROBE: Piense acerca del cual pasa la mayor parte del tiempo.

EN EL HOGAR DE [CHILD] POR UN PARIENTE	01
EN EL HOGAR DE [CHILD] POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE.....	02
EN EL HOGAR DE UN PARIENTE.....	03
EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO	04
HOGAR DE CUIDAO DIURNO FAMILIAR.....	05
OTRO CENTRO DE CUIDADO AL NIÑO/PROGRAMA DE DESARROLLO PARA EL NIÑO	06
EN HEAD START (SIN INCLUIR LAS HORAS EN CLASES)	07
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	08

I8. ¿Cuántas horas a la semana se usa este cuidado?

|____|____|
HORAS A LA SEMANA

I9. ¿Quién paga por este cuidado al niño…

		SI	NO
a.	¿Paga usted mismo(a)?	1	2
b.	¿Paga una agencia de gobierno?	1	2
c.	¿Paga un empleador?	1	2
d.	¿Paga alguna otra persona?	1	2
e.	¿Intercambia cuidado al niño con alguna persona?	1	2
f.	¿Es gratis o sin cobro?	1	2
g.	Otro (POR FAVOR ESPECIFIQUE)_____	1	2

I10. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] con este cuidado del niño. Por favor dígame cual de estas respuestas describe mejor la experiencia de [CHILD]. Dígame si es *nunca*, *algunas veces, frecuentemente, o siempre*

		Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre
a.	[CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado	1	2	3	4
b.	[CHILD] recibe mucha atención individual	1	2	3	4
c.	El proveedor de cuidado de [CHILD] está abierto a la información nueva y al aprendizaje	1	2	3	4

I11. ¿Ha vivido [CHILD] alguna vez aparte de usted (o madre) sin incluir vacaciones (o arreglos de custodia compartida)?

SI	1
NO	2

J. FAMILY HEALTH CARE

J1. Ahora le voy a preguntar acerca de las necesidades de cuidado de salud de su familia. En general, ¿diría que la salud de [CHILD] es…

Excelente, ... 1
Muy buena, ... 2
Buena,..... 3
Regular, o..... 4
Mala? 5

J2. ¿Tiene [CHILD] una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

SI..... 1
NO..... 2

J3. ¿Cuánto pesaba [CHILD] cuando nació?

|___|___| LIBRAS |___|___| ONZAS

J4. ¿Diría que la salud de usted en general es…

Excelente, ... 1
Muy buena, ... 2
Buena,..... 3
Regular, o..... 4
Mala? 5

J5. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide a usted trabajar en un trabajo o negocio?

SI..... 1 (GO TO J7)
NO..... 2

J6. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

SI..... 1
NO..... 2

J7. Alguien en su hogar, que no sea [CHILD], ¿tiene una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

SI..... 1
NO..... 2

J8. ¿Fuma usted tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SI..... 1
NO..... 2

J9. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que fume tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SI..... 1
NO..... 2

J10. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia, si alguna, tomó usted bebidas alcohólicas, incluyendo cerveza, vino o licor? ¿Diría…

Menos de una vez a la semana, ... 1
1 ó 2 días a la semana,..... 2
3 ó 4 días a la semana,..... 3
5 ó 6 días a la semana,..... 4
Todos los días, o..... 5
Nunca?..... 6 (SKIP TO J12)

J11. En los días que usted tomó bebidas alcohólicas (incluyendo cerveza, vino, y licor) en los últimos 30 días, ¿cuántos tragos tomó usualmente?

|___|
TRAGOS AL DIA

J12. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que tome alcohol?

SI..... 1
NO..... 2

J13. ¿Hay alguien en su hogar que use drogas?

SI..... 1
NO..... 2

BOX J-13a

IF J10 – J13 ALL "NO", CHECK THIS BOX….☐ AND
SKIP TO NEXT SECTION.
OTHERWISE, ASK J14. ONLY ASK ABOUT SUBSTANCES THAT WERE MENTIONED IN PREVIOUS QUESTIONS.

J14. Ahora, quisiera que pensara acerca de los problemas que usted o alguien en su hogar puede haber tenido en los últimos doce meses cuando usaba (alcohol, drogas/alcohol y drogas).

ASK ONLY ABOUT SUBSTANCES THAT WERE MENTIONED AS BEING USED IN PREVIOUS QUESTIONS.

En los últimos 12 meses,	Nunca	Una o dos veces	Tres o cuatro veces	Cinco o seis veces	Más de seis veces	NA/ DON'T USE
a. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar ha tenido problemas con familiares o amigos (incluyendo un(a) esposo/esposa/compañero(a)) debido al uso de…						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar ha tenido problemas con la policía debido al uso de…						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar faltó al trabajo o a la escuela o tuvo que avisar que estaba enfermo(a) debido al uso de…						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6

K. HOME AND NEIGHBORHOOD CHARACTERISTICS

Las siguientes preguntas son acerca de situaciones que pueden ser difíciles para las familias. Le voy a preguntar acerca de cosas que le pueden haber sucedido a usted o a otros en su hogar durante el año pasado. Por favor recuerde, todas sus respuestas son mantenidas en la más estricta confidencialidad. No le diremos a nadie lo que usted diga, incluyendo a Head Start.

K1. Para cada uno de los siguientes puntos, por favor dígame qué tan frecuentemente le sucedió a usted cada uno durante el año pasado. (READ ITEM) ¿Diría que *nunca, una vez*, o *más de una vez*?

		Nunca	Una vez	Más de una vez
a.	Yo vi que ocurrían crímenes no violentos en mi vecindario – por ejemplo, venta de drogas o robo	1	2	3
b.	Escuché o vi que ocurría un crimen violento en mi barrio	1	2	3
c.	Conozco a alguien que fue víctima de un crimen violento en mi barrio	1	2	3
d.	Yo fui víctima de un crimen violento en mi barrio.....	1	2	3
e.	Yo fui víctima de un crimen violento en mi hogar.....	1	2	3

K2. ¿Alguna vez a usted alguien lo(a) ha golpeado, pateado o dado puñetes o lastimado de alguna otra manera durante el año pasado?

SI..... 1
NO..... 2 (SKIP TO K4)

K3. ¿Cuál era el parentesco o la relación de esa persona con usted?

_____

K4. ¿Se siente seguro(a) en su relación actual?

SI..... 1
NO..... 2
NO TIENE RELACION ACTUAL..... 3

K5. ¿Hay algún(a) compañero(a) de una relación anterior que le haga sentir inseguro(a) ahora?

SI..... 1
NO..... 2

K6. El año pasado, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen violento?

SI..... 1
NO..... 2

K7. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de violencia doméstica?

SI..... 1
NO..... 2

K8. El año pasado, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen violento?

SI..... 1
NO..... 2

K9. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de violencia doméstica?

SI..... 1
NO..... 2

K10. Desde que [CHILD] nació, ¿ha sido usted, otro miembro del hogar, (o el padre o la madre de [CHILD]*)* arrestado(a) o acusado(a) de un crimen por la policía?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO L1)
REFUSED ..... 97 (GO TO L1)

K11. ¿Cuál era el parentesco o la relación de esa persona con usted?

_____

K12. ¿Pasó (él/ella/ellos(as)) algún tiempo en la cárcel?

SI..... 1
NO..... 2

L. SOCIAL SUPPORT

L1. Muchas personas y grupos pueden ser una ayuda para los miembros de una familia que está criando un niño pequeño. Queremos saber qué tanta ayuda le prestan diferentes personas y grupos a su familia.

Por favor dígame qué tanta ayuda le han prestado durante los meses pasados cada una de las siguientes personas o grupos en términos de criar a (CHILD).

¿Qué tanta ayuda le ha prestado [_____] ? ¿Diría…		No mucha ayuda	Alguna ayuda, o	Mucha ayuda?	N/A
a.	El padre de [CHILD]	1	2	3	4
b.	La madre de [CHILD]	1	2	3	4
c.	Su actual esposo(a) o compañero(a) .	1	2	3	4
d.	Los abuelos de [CHILD]	1	2	3	4
e.	Otros parientes.....	1	2	3	4
f.	Sus amigos.....	1	2	3	4
g.	Compañeros de trabajo.....	1	2	3	4
h.	Profesionales proveedores de ayuda tal como consejeros o trabajadoras social	1	2	3	4
i.	Personal de Head Start	1	2	3	4
j.	Otros padres que ha conocido a Través de Head Start	1	2	3	4
k.	Otros proveedores de cuidado al niño	1	2	3	4
l.	Miembros de un grupo religioso o social	1	2	3	4
m.	¿Hay alguien más que haya prestado ayuda? (Por favor especifique) _____	1	2	3	4

M. YOUR FEELINGS

M1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de sí mismas. Después que yo lea cada una por favor dígame si usted está *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, o totalmente de acuerdo* en que usted siente de esta manera.
(CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

		Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
a.	No hay manera realmente que yo pueda resolver algunos de los problemas que yo tengo.	1	2	3	4
b.	Algunas veces siento que estoy siendo llevado(a) por las circunstancias en la vida.	1	2	3	4
c.	Yo tengo poco control sobre las cosas que a mí me pasan	1	2	3	4
d.	Yo puedo hacer casi cualquier cosa que realmente me propongo hacer	1	2	3	4
e.	Frecuentemente me siento desvalido(a) cuando trato de resolver los problemas de la vida	1	2	3	4
f.	Lo que a mí me pase en el futuro depende mayormente de mí	1	2	3	4
g.	Hay muy poco que yo pueda hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida. ..	1	2	3	4

M2. Le voy a leer una lista de maneras en que usted se puede haber sentido o comportado. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido usted de esta manera durante la semana pasada: *raramente o nunca, algo o un poco, ocasionalmente o moderadamente, o la mayor parte o todo el tiempo.*
(CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

		Raramente o Nunca	Algo o un Poco	Ocasionalmente o Moderadamente	La Mayor Parte o Todo el Tiempo
a.	Molesto(a) por cosas que usualmente no le molestan.....	1	2	3	4
b.	No tenía ganas de comer, no tenía apetito.	1	2	3	4
c.	No podía quitárse la tristeza, aún con la ayuda de su familia y sus amigos	1	2	3	4
d.	Tenía problema para mantener la mente en lo que estaba haciendo.....	1	2	3	4
e.	Deprimido(a)	1	2	3	4
f.	Que todo lo que usted hizo era un esfuerzo	1	2	3	4
g.	Temeroso(a).....	1	2	3	4
h.	Usted durmió inquieto(a).....	1	2	3	4
i.	Usted habló menos de lo usual.....	1	2	3	4
j.	Solitario(a).....	1	2	3	4
k.	Triste	1	2	3	4
l.	Usted no podía “continuar”.....	1	2	3	4

COMPLETE AFTER INTERVIEW IS CONCLUDED.

P: CONFIDENCE RATINGS

P1. Interview Completion Code:

Respondent terminated interview prematurely 1
Respondent refused interview 2
Respondent unable to respond (PLEASE SPECIFY)..... 3

Interview completed 4

P2. Please rate the following qualities of the respondent, the interviewing situation, and the data.
The Respondent (was/had):

a. Able to understand questions easily	7	6	5	4	3	2	1	Hardly able to understand
b. Truthful	7	6	5	4	3	2	1	Untruthful
c. Accurate	7	6	5	4	3	2	1	Inaccurate
d. Interested in the interview	7	6	5	4	3	2	1	Not interested in the interview
e. Cooperative	7	6	5	4	3	2	1	Uncooperative
f. No Spanish language problem	7	6	5	4	3	2	1	Spoke Spanish with great difficulty
g. Interviewed without interruptions	7	6	5	4	3	2	1	Interrupted often
h. Your opinion about the overall quality of the data:								
High	7	6	5	4	3	2	1	Low