

Spring 2005



Head Start Parent Interview – Spanish Version

ID number: _____
Child name: _____
Birth date: _____

Date: _____

Interviewer: _____

Interview complete

Westat

Spring 2005 Head Start Parent Interview – Spanish Version

FOR PARENTS OF CHILDREN ATTENDING HEAD START ONLY.

(USE KINDERGARTEN PI BOOKLET TO INTERVIEW PARENTS OF CHILDREN IN K OR NOT IN HEAD START.)

S. ELIGIBILITY

Buenos(as) (días/tardes), mi nombre es _____ y estoy llamando desde Westat. Somos partes de un equipo de investigación que está realizando un estudio del Programa de Head Start. (Posiblemente usted recuerde que) alguien del equipo de investigación habló con (usted/SPRING 2004 RESPONDENT) en la primavera del 2004 mientras [CHILD] estaba asistiendo a Head Start.

S1. ¿Podría hablar con [SPRING 2004 RESPONDENT]?

- ESTÁ AHÍ Y ESTÁ DISPONIBLE 1 (GO TO BOX S-7A)
ACTUALMENTE NO ESTÁ DISPONIBLE .. 2
YA NO VIVE AHÍ..... 3 (GO TO S3)

S2. ¿Cuándo sería el mejor momento para llamar de nuevo y comunicarse con él/ella?

RECORD CALLBACK INFORMATION ON CALL RECORD.

THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION.

S3. Estoy tratando de comunicarme con la persona mayormente responsable de [CHILD]. ¿Sería (todavía) [SPRING 2004 RESPONDENT]?

- SÍ..... 1
NO..... 2 (GO TO S5)

S4. Por favor, ¿podría decirme cómo me puedo comunicar con (él/ella)?

CALLE: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TELEFONO _____

THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION.
USE INFORMATION OBTAINED ABOVE TO CONTACT SPRING 2004 RESPONDENT.

S5. ¿Quién es la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

PERSONA ENTREVISTADA..... 1 (GO TO S6)

ALGUNA OTRA PERSONA (SPECIFY BELOW)..... 2

NOMBRE: _____

RELACION/PARENTESCO CON EL NIÑO: _____

CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

TELEFONO _____

S6. Desde la primavera del 2004, ¿cuántos meses ha sido (usted/él/ella) la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

NUMBER OF MONTHS: _____

S7. MOST RESPONSIBLE PERSON IS:

PERSON YOU ARE CURRENTLY
SPEAKING WITH 1 (GO TO BOX S-7A)

SOMEONE ELSE 2 (THANK R AND END CONVERSATION.
USE INFORMATION FROM **S5** TO
CONTACT MOST RESPONSIBLE
PERSON)

Spring 2005 Head Start Parent Interview – Spanish Version

FOR PARENTS OF CHILDREN ATTENDING HEAD START.

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

SAME AS SPRING 2004 RESPONDENT..... 1

SOMEONE ELSE..... 2

S8. INTERVIEWER: WILL THE INTERVIEW BE COMPLETED USING AN INTERPRETER?

YES..... 1

NO..... 2 (GO TO *Intro*)

S9. WHAT LANGUAGE WILL BE USED? _____

CONFIRM INTERPRETER HAS SIGNED CONFIDENTIALITY FORM THEN CONTINUE.

INTRODUCTION

Como parte de la Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño en Head Start (“FACES” por sus siglas en inglés), quisiéramos entrevistarle a usted nuevamente, administrarle una evaluación al niño a [CHILD] y hacerle algunas preguntas a la maestra actual de [CHILD]. El estudio nos ayudará a conocer mejor acerca de lo que le pasa a los niños y familias que han participado en Head Start. Queremos conocer su punto de vista de cómo le está yendo a [CHILD] en la escuela y lo que está pasando ahora en su familia. Esta información será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y sus familias. Para agradecerle a usted y a [CHILD] por su participación, usted recibirá \$25 y si evaluamos a su niño(a), (él/ella) recibirá un regalito.

Le haré preguntas y anotaré sus respuestas. Me puede pedir que pare en cualquier momento, y usted puede volver a las preguntas anteriores para cambiar sus respuestas. Nadie del programa Head Start o de la escuela actual de [CHILD] verá u oirá sus respuestas. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, esto no afectará la participación suya o la 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. Es posible que usted reconozca algunas preguntas de la última entrevista, pero es importante preguntarlas nuevamente. La entrevista debe tomar 45 minutos aproximadamente.

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 45 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?

S10. Primero, quisiera confirmar la edad de [CHILD]. Tenemos su fecha de nacimiento anotada como [BIRTHDATE]. ¿Es correcto eso?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

SPECIFY CORRECT DATE:

 MES / DÍA / AÑO

S11. Solamente quiero confirmar su parentesco o relación con [CHILD]. ¿Es usted su ...

- MADRE BIOLÓGICA 01
 - PADRE BIOLÓGICO 02
 - MADRE ADOPTIVA..... 03
 - PADRE ADOPTIVO..... 04
- } GO TO A1
- MADRASTRA 05
 - PADRASTRO 06
 - ABUELA..... 07
 - ABUELO 08
 - BISABUELA..... 09
 - BISABUELO 10
 - HERMANA/HERMANASTRA 11
 - HERMANO/HERMANASTRO 12
 - OTRA PARIENTE O PARIENTE POLITICA..... 13
 - OTRO PARIENTE O PARIENTE POLITICO 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

S12. ¿Es usted guardián legal de [CHILD]?

SÍ..... 1 (GO TO A1)
NO..... 2

S13. ¿Quién es el guardián legal de [CHILD]?

Nombre: _____

Parentesco o relación con (el/la) niño(a): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

GO TO A1.

A. CURRENT HEAD START ENROLLMENT STATUS

- A1. ¿Está [CHILD] matriculado todavía en el mismo programa Head Start que estaba en la primavera del 2004, o (él/ella) ha dejado de ir a ese programa?

TODAVÍA ESTA YENDO AL MISMO
PROGRAMA HEAD START 1 (GO TO A2)
DEJÓ DE IR A ESE PROGRAMA
HEAD START 2 (STOP AND USE
KINDERGARTEN
BOOKLET)

- A2. ¿Más o menos con qué frecuencia faltó [CHILD] a las clases de Head Start durante el año pasado?

NUNCA 1 (GO TO SECTION B)
1-5 DIAS 2 (GO TO SECTION B)
6-10 DIAS 3
MAS DE 10 DIAS 4
DON'T KNOW 8 (GO TO SECTION B)

- A3. ¿Cuál es la razón más frecuente por la que [CHILD] faltó a las clases de Head Start durante el año?
(CIRCLE ONLY ONE)

ENFERMEDAD (NIÑO) 01
ENFERMEDAD (MIEMBRO DE LA FAMILIA) 02
CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO
O ESCUELA DE LOS PADRES 03
FALTA DE TRANSPORTACION 04
EL CLIMA ESTABA MALO 05
EL NIÑO NO QUISO IR 06
DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR
AL NIÑO O DE MANDARLO A OTRO LUGAR 07
OTRO 08
(PLEASE SPECIFY) _____
DON'T KNOW 98

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...

- 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 su familia...

B4. **IF YES:**

¿Cuántas veces ha hecho esto usted la semana pasada? ¿Diría que una o dos veces, o tres o más veces?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>Una o dos veces</u>	<u>Tres o más</u>
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, al banco, o a la tienda? ..	1	2	1	2
h. Lo(a) hizo participar en los 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 los programas de 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)], ¿ha hecho alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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 la historia de familia o herencia étnica de (él/ella)?	1	2
i. ¿Asistido a una actividad auspiciada 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 alguna actividad en una iglesia o escuela parroquial?	1	2

Ahora, tengo una pregunta acerca de sus propios hábitos de lectura.

B6. ¿Con qué frecuencia ha leído usted libros, revista, o el periódico, durante la semana pasada?
¿Fue esto ...

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

B7. ¿Cuál de lo siguiente tiene usted en su hogar? ¿Qué tal...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Historietas cómicas?	1	2
b. Revistas para niños?.....	1	2
c. Revistas para adultos tales como "Newsweek", "People" o "Sport Illustrate"?	1	2
d. Periódicos?	1	2
e. Catálogos?	1	2
f. Libros religiosos?	1	2
g. Diccionarios?.....	1	2
h. Otros libros?	1	2

C. DISABILITIES

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

C1. ¿Le dijo alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) tiene algunas necesidades especiales o discapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
a. ¿Antes que [CHILD] empezara Head Start?	1	2
b. ¿Durante el tiempo en que [CHILD] matriculado en Head Start?	1	2

IF “NO” to BOTH C1a AND b, CHECK THIS BOX ... AND GO TO SECTION D.

OTHERWISE, GO TO C2.

C2. ¿Alguien del personal de Head Start le sugirió que pidiera una opinión profesional?

SÍ.....	1
NO.....	2

C3. ¿Cómo describió el médico u otro profesional de salud o de educación las necesidades de [CHILD]? ¿Tiene [CHILD]...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Una discapacidad específica de aprendizaje?	1	2
b. Retraso mental?	1	2
c. Una discapacidad del habla?	1	2
d. Una discapacidad del lenguaje?	1	2
e. Una perturbación emocional/de comportamiento?.....	1	2
f. Sordera?.....	1	2
g. Otra discapacidad de la audición?	1	2
h. Ceguera?.....	1	2
i. Otra discapacidad de la vista?	1	2
j. Una discapacidad ortopédica?	1	2
k. Otra discapacidad 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. Alguna otra discapacidad?	1	2

(SPECIFY) _____

C4. Afecta(n) la(s) discapacidad(es) de [CHILD] su capacidad para aprender?

SÍ..... 1
NO..... 2

C5. ¿Qué tan útil ha sido Head Start o qué tan útil fue Head Start ...

	<u>Nada útil</u>	<u>Un poco útil</u>	<u>Util</u>	<u>Muy útil</u>
a. Ayudándole a hablar con otras escuelas y agencias, y conocer acerca de otras fuentes para satisfacer las necesidades especiales de [CHILD]?	1	2	3	4
b. Ayudándole a usted a satisfacer mejor las necesidades especiales de [CHILD] en el hogar —por ejemplo, proporcionándole dieta y ejercicios apropiados, continuando con la terapia recomendada, y así sucesivamente?	1	2	3	4

C6. ¿Tiene [CHILD] un Programa o Plan de Educación Individualizada o Plan “IEP” o un Plan de Servicio Individual para la Familia (“IFSP”)?

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

C7. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el desarrollo 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

C8. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de Head Start, o con alguna otra persona o agencia?

HEAD START 1
NO HEAD START 2

C9. ¿Está [CHILD] recibiendo ...

Ninguno de los servicios identificados en el “IEP” o “IFSP”, 1 (GO TO D1)
Algunos de los servicios, 2
La mayoría de los servicios, o 3
Todos los servicios identificados en el “IEP” o “IFSP”?..... 4

C10. ¿Qué tan satisfecho(a) (está/ha estado) usted con este servicio? ¿(Está/Ha estado)...

- Muy insatisfecho(a), 1
- Algo insatisfecho(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 correctamente?

- SI 1
- NO 2

D5. ¿Con qué frecuencia a [CHILD] le gusta escribir o hacer como 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, aunque haga algunas letras al revés?

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

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

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

D9. Cuando [CHILD] habla, ¿(lo/la) entiende alguien que no (lo/la) conoce?

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 hace como que lee?

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

D13. ¿Reconoce [CHILD] su propio nombre escrito a mano 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 durante el mes pasado, 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.

	<u>Muy Verdadero</u>	<u>Algo Verdadero</u>	<u>No es Verdadero</u>
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. ¿Respeto 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, o 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 echarse 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 AND PARENTING PRACTICES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de como trata usted a su niño(a) en el hogar.

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

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

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

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

F3. ¿Cuántas veces más o menos en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES |_|_|

F4. ¿Le ha dicho que deje de hacer lo que estaba haciendo o le 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 en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES |_|_|

F6. Aquí hay algunas declaraciones que los padres de niños pequeños hacen acerca de ellos mismos. Le voy a leer las declaraciones, y después de cada una, por favor dígame si ésto es exactamente parecido a usted, muy parecido a usted, algo parecido a usted, no muy parecido a usted, o nada parecido a usted.

(USE RESPONSE CARD OR REPEAT RESPONSE CATEGORIES FREQUENTLY)

	Exactamente parecido <u>a usted</u>	Muy parecido <u>a usted</u>	Algo parecido <u>a usted</u>	No muy parecido <u>a usted</u>	Nada parecido <u>a usted</u>
a. Yo controlo a mi niño(a) advirtiéndole acerca de las cosas malas 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 de afecto y muy amistosos cuando estamos juntos	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) aunque haya parientes cercanos (incluyendo a los abuelos) presentes	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 hasta el final	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

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted y de su familia.

G1. ¿Cuál es su estado civil actual?

CASADA(O)	1
SOLTERA(O)	2
SEPARADA(O).....	3
DIVORCIADA(O).....	4
VIUDA(O)	5
REFUSED	7
DON'T KNOW	8

G2. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad y mayores viven en su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: _____

G3. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños de 17 años de edad y menores viven en en su hogar?

CANTIDAD DE NIÑOS: _____

G4. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted ha completado?

HASTA 8º GRADO	01
9º A 11º GRADO	02
12º 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; LEYES/JD/LLB; ETC.)	13
DON'T KNOW	98

G5. Desde el comienzo de este año escolar, ¿la madre de [CHILD] ha...

SÍ **NO**

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| a. | Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, ha asistido a una reunión general o de regreso a clases de la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros? | 1 | 2 |
| b. | Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro de {CHILD}? | 1 | 2 |
| c. | Asistido a una clase o a una actividad de la escuela, tal como un evento deportivo a causa de CHILD}? | 1 | 2 |
| d. | Participado como voluntario(a) en la escuela o ha sido miembro de un comité? | 1 | 2 |

G6. ¿Está usted actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de capacitación, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?
(CIRCLE ONE RESPONSE)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----|--------------------|
| TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO
(30 HORAS O MAS A LA SEMANA) | 01 | |
| TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL | 02 | |
| BUSCANDO TRABAJO | 03 | } |
| SUSPENDIDO(A) DEL TRABAJO | 04 | |
| EN LA ESCUELA/CAPACITACIÓN | 05 | |
| EN LA CARCEL/PRISIÓN..... | 06 | |
| EN EL EJERCITO | 07 | |
| ATENDIENDO LA CASA..... | 08 | |
| ALGUNA OTRA COSA | 09 | |
| (SPECIFY)_____ | | |
| DON'T KNOW | 98 | GO TO
BOX G-11A |

G7. ¿Está usted todavía trabajando para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2004?

- | | |
|---------|--------------|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 (GO TO G9) |

G8. ¿Está usted haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2004?

- | | |
|---------|--------------------|
| SI..... | 1 (GO TO BOX G11A) |
| NO..... | 2 |

G9. ¿Dónde ha trabajado usted desde la primavera del 2004?
 [IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G10 ¿Qué tipo de trabajo está haciendo usted y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G11.

<i>To be coded by home office only</i>	
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
N NEVER	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIRTH MOTHER..... 1 (GO TO BOX G-26A)
SOMEONE ELSE..... 2 (CONTINUE WITH G12)

G12. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

MADRE ESTA EN EL HOGAR 1 (GO TO G16)
MADRE NO ESTA EN EL HOGAR 2
MADRE FALLECIDA..... 3 (GO TO BOX G-26A)

G13 ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

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

G14. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

G15. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00 (GO TO G24)
DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD: _____ DIAS..... 1
SEMANTAS 2
MESES 3
AÑOS..... 4

IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX...
THEN SKIP TO G24.

G16. Desde el comienzo de este año escolar, ¿la madre de [CHILD] ha...

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NO SABE</u>
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, ha asistido a una reunión general o de regreso a clases de la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros?	1	2	8
b. Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro de {CHILD}?	1	2	8
c. Asistido a una clase o a una actividad de la escuela, tal como un evento deportivo a causa CHILD)?	1	2	8
d. Participado como voluntaria en la escuela o ha sido miembro de un comité?	1	2	8

G17. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó la madre de [CHILD]?

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; LEYES/JD/LLB; ETC.)	13
DON'T KNOW	98

G18. ¿Está ella actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de capacitación, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS A LA SEMANA)	01	} GO TO BOX G-23A
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02	
BUSCANDO TRABAJO	03	
SUSPENDIDA DEL TRABAJO	04	
EN LA ESCUELA/CAPACITACIÓN	05	
EN LA CARCEL/PRISIÓN.....	06	
EN EL EJERCITO	07	
ATENDIENDO LA CASA.....	08	
ALGUNA OTRA COSA	09	
(SPECIFY) _____		
DON'T KNOW	98	

G19. ¿Está ella trabajando todavía para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2004?

SI..... 1
NO..... 2 (GO TO G21)

G20. ¿Está ella haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2004?

SI..... 1 (GO TO BOX G-23A)
NO..... 2

G21 ¿Dónde ha trabajado ella desde la primavera del 2004?

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

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G22. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo ella y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G23.

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
N NEVER	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

IF CHILD'S MOTHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX...
THEN SKIP TO BOX G-26A.

G24. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G25. ¿Hay alguna otra persona que sea como una madre para [CHILD]?

SI 1
NO 2 (GO TO BOX G-26A)

G26. ¿Quién es esa persona? ¿Es ella...

(Usted), 1
Su (esposa/compañera), 2
Una parienta del niño que vive en el hogar, 3
Una parienta del niño que no vive en el hogar, 4
Una amiga de la familia que vive en el hogar, o 5
Una amiga de la familia que no vive en el hogar? 6

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIRTH FATHER 1 (GO TO G42)
SOMEONE ELSE 2 (CONTINUE WITH G27)

G27. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE ESTA EN EL HOGAR 1 (GO TO G31)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR 2
PADRE FALLECIDO 3 (GO TO G40)

G28. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI 1
NO 2
DON'T KNOW 8

G29. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

G30. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 00 (GO TO G39)
 DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD: _____ DIAS 1
 SEMANAS 2
 MESES 3
 AÑOS 4

IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX... .
 THEN SKIP TO G39.

G31. Desde el comienzo de este año escolar, ¿El padre de [CHILD] ha...

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>NO SABE</u>
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, ha asistido a una reunión general o de regreso a clases de la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros?	1	2	8
b. Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro de {CHILD}?	1	2	8
c. Asistido a una clase o a una actividad de la escuela, tal como un evento deportivo a causa de CHILD}?	1	2	8
d. Participado como voluntario en la escuela o ha sido miembro de un comité?	1	2	8

G32. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó el padre de [CHILD]?

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; LEYES/JD/LLB; ETC.)	13
DON'T KNOW	98

G33. ¿Está él actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de capacitación, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS A LA SEMANA)	01	
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02	
BUSCANDO TRABAJO	03	} GO TO BOX G-38A
SUSPENDIDO DEL TRABAJO	04	
EN LA ESCUELA/CAPACITACIÓN	05	
EN LA CARCEL/PRISION	06	
EN EL EJERCITO	07	
ATENDIENDO LA CASA	08	
ALGUNA OTRA COSA	09	
(SPECIFY) _____		
DON'T KNOW	98	

G34. ¿Está él trabajando todavía para el mismo empleador para quien estaba trabajando en la primavera del 2004?

SI	1
NO	2 (GO TO G36)

G35. ¿Está él haciendo el mismo tipo de trabajo que estaba haciendo en la primavera del 2004?

SI..... 1 (GO TO BOX G-38A)
NO..... 2

G36. ¿Dónde ha trabajado él desde la primavera del 2004?

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

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G37. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo él y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G38.

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
N NEVER	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

IF CHILD'S FATHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO G42.

G39. 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
- DON'T KNOW..... 8

G40. ¿Hay alguna otra persona que sea como un padre para [CHILD]?

- SI..... 1
- NO..... 2 (GO TO G42)

G41. ¿Quién es esa persona? ¿Es él...

- (Usted,)..... 1
- Su (esposo/compañero), 2
- Un pariente del niño que vive en el hogar,..... 3
- Un pariente del niño que no vive en el hogar,..... 4
- Un amigo de la familia que vive en el hogar, o 5
- Un amigo de la familia que no vive en el hogar? 6

G42. Por favor dígame el nombre de cada persona de su hogar.

PROBE: ¿Hay alguna otra persona en su hogar?

IF ONLY RESPONDENT AND CHILD IN HH, WRITE "NO ONE ELSE" AT C.

G42a. Nombre	G42b. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NAME] con [CHILD]? (SEE CODES BELOW)	G42c. ¿Qué edad tiene [NAME]?
a. [CHILD]		
b. RESPONDENT		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		
k.		
l.		
RELATIONSHIP CODES:		
01=Madre Biológica/Adoptiva 02=Padre Biológico/Adoptivo 03=Madrastra 04=Padrastra 05=Abuela 06=Abuelo 07=Bisabuela 08=Bisabuelo 09=Hermana/Hermanastra 10=Hermano/Hermanastro	11=Otra pariente o pariente política 12=Otro pariente o pariente político 13=Madre de Crianza ("Foster") 14=Padre de Crianza ("Foster") 15=Otra que no es pariente 16=Otro que no es pariente 17=Compañera del Padre 18=Compañero de la Madre 97=Refused 98=Don't know	

H. INCOME AND HOUSING

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

H1. ¿Recibió usted alguna de las siguientes fuentes de ingreso del hogar o ayuda desde la primavera del 2004?

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
<input type="checkbox"/> a. Bienestar, TANF, o ayuda general.....	1	2
<input type="checkbox"/> b. Seguro de desempleo	1	2
<input type="checkbox"/> c. (Cupones/Sellos/Estampillas/Cheques) de alimento	1	2
<input type="checkbox"/> 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, Discapacidad, o beneficios de Sobreviviente	1	2
g. Pagos por proveer cuidado de crianza	1	2
h. Ayuda para pagar la energía	1	2

IF N1 a., c., OR d. WERE ANSWERED YES,
CHECK THIS BOX.... AND THEN ASK H2.

OTHERWISE, GO TO H3.

H2. 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 capacitación de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted o a otra persona en el hogar que ...

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
a. asista a un capacitación de trabajo?.....	1	2
b. asista a la escuela o a una clase GED?	1	2
c. busque un trabajo?	1	2
d. haga alguna otra cosa?	1	2
(SPECIFY) _____		

H3. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: |_|_|

H4. Ahora, Incluyendo a todas las personas de su hogar, ¿cuál fue el ingreso total para su hogar el último mes antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

[PROBE: IF RESPONDENT REPORTS \$3.000 OR MORE LAST MONTH, THEN VERIFY THAT REPORTED AMOUNT IS ONLY FOR LAST MONTH AND NOT FOR THE ENTIRE YEAR.]

INGRESO DEL HOGAR..... \$ __ , __ __ __ (GO TO H6)
(AMOUNT LAST MONTH ONLY)

O

REFUSED..... 97 (GO TO H6)
DON'T KNOW..... 98 (GO TO H5)

H5. ¿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
- Más de \$2.500..... 07
- REFUSED 97
- DON'T KNOW 98

H6. Nuestras 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
usted comparte con otra familia, 2
- vivienda de transición (departamento) o un refugio
para personas sin hogar, o 3
- algún otro lugar? 4
(SPECIFY) _____

H7. ¿Cuántas veces se ha mudado usted desde la primavera del 2004? |_|_|
VECES

H8. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga alquiler, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

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

H9. ¿Ha vivido [CHILD] alguna vez separado de [usted/la madre de (él/ella)] por seis meses o más, sin incluir vacaciones, o arreglos de custodia compartida?

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

H10. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen o violencia doméstica?

- SI..... 1
- NO..... 2
- REFUSED 7
- DON'T KNOW 8

H11. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen o violencia doméstica?

- SI..... 1
- NO..... 2
- REFUSED 7
- DON'T KNOW 8

H12. Desde la primavera del 2004, ¿alguien de su hogar o (el padre/la madre) biológico(a) de [CHILD] ha sido arrestado(a) o acusado(a) de algún crimen por la policía?

- SI..... 1
- NO..... 2 (GO TO I1)
- REFUSED 7 (GO TO I1)
- DON'T KNOW 8 (GO TO I1)

H13. ¿Pasó esta persona algún tiempo en la cárcel?

- SI..... 1
- NO..... 2
- REFUSED 7
- DON'T KNOW 8

I. CHILD CARE

11. Ahora hablemos acerca de los arreglos para el cuidado infantil que usted usa para [CHILD] **ahora mismo**.

[INTERVIEWER NOTE: CHILD CARE DOES NOT INCLUDE TIME IN HEAD START OR PREKINDERGARTEN CLASS, BUT MAY INCLUDE SEPARATE CHILD CARE AT THE HEAD START CENTER BEFORE OR AFTER CLASS, SOMETIMES KNOWN AS “WRAPAROUND” CARE.]

¿Está [CHILD] recibiendo cuidado infantil antes o después de Head Start?

- ANTES DE HEAD START 01
DESPUES DE HEAD START 02
LOS DOS; ANTES DE Y DESPUES DE HEAD START 03
ANTES DE PREKINDERGARTEN 04
DESPUES DE PREKINDERGARTEN 05
LOS DOS; ANTES DE Y DESPUES DE
PREKINDERGARTEN 06
NO ESTA RECIBIENDO CUIDADO INFANTIL..... 07 (GO TO SECTION J)

12. ¿En cuántos arreglos para el cuidado infantil diferentes pasa tiempo [CHILD] cada semana?

CANTIDAD DE ARREGLOS |____|____|

13. ¿Dónde se provee ese cuidado infantil?

[IF MORE THAN ONE, PROBE: Piense en el que [CHILD] pasa la mayor parte del tiempo.]

- EN EL HOGAR DE [CHILD] CUIDADO POR UN PARIENTE 01
EN EL HOGAR DE [CHILD] CUIDADO 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 CUIDADO INFANTIL FAMILIAR 05
OTRO CENTRO DE CUIDADO INFANTIL/PROGRAMA DE
DESARROLLO INFANTIL..... 06
EN HEAD START (NO INCLUYENDO EL TIEMPO EN CLASES)..... 07
OTRO 08
(SPECIFY)_____

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

HORAS A LA SEMANA |____|____|

15. ¿Quién paga por este cuidado infantil?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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 otra persona?	1	2
f. ¿Es gratis o sin cobro?	1	2
g. Otro	1	2
(SPECIFY) _____		

16. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] en este lugar de cuidado infantil. Por favor dígame cual respuesta describe mejor la experiencia de [CHILD]. Dígame si es nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre.

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Frecuentemente</u>	<u>Siempre</u>
a. [CHILD] se siente seguro(a) y protegido(a) en el lugar de cuidado infantil.....	1	2	3	4
b. [CHILD] recibe mucha atención individual	1	2	3	4
c. El proveedor de cuidado infantil de [CHILD] está abierto a la información nueva y al aprendizaje.....	1	2	3	4

J. HEALTH AND SAFETY PRACTICES

J1. Ahora le voy a preguntar acerca de las necesidades de servicios de salud de su familia. En general, ¿diría usted 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. ¿Diría que la salud suya en general es...

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

J4. ¿Le impide a usted alguna discapacidad o problema de salud trabajar en un trabajo o negocio?

- SI 1 (GO TO J6)
- NO 2

J5. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o la cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a alguna discapacidad o problema de salud?

- SI 1
- NO 2

J6. Alguien en su hogar, (que no sea [CHILD]), ¿tiene una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

- SI 1
- NO 2

J7. ¿Fuma usted tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

- SI 1
- NO 2

J8. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que fume tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

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

J9. ¿Adónde va [CHILD] para cuidado médico de rutina, tal como exámenes generales o regulares de salud?

(CIRCLE ONLY ONE)

UN MEDICO PARTICULAR, UNA CLINICA PARTICULAR, O HMO 01
UNA CLINICA DE PACIENTES EXTERNOS MANEJADA POR
UN HOSPITAL 02
LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL 03
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA O CENTRO DE
SALUD COMUNAL 04
UNA CLINICA DE SALUD MIGRATORIA 05
EL SERVICIO DE SALUD INDIGENA 06
ALGUN OTRO LUGAR 07

(SPECIFY) _____

J10. ¿Le (ha ayudado/ayudó) Head Start a usted a encontrar un proveedor de servicios de salud regular para [CHILD]?

HAVE RESPONDENT EXPLAIN AND CODE BELOW.

PROPORCIONÓ INFORMACIÓN, INCLUYENDO PANFLETOS,
REUNIONES, O CONVERSACIONES..... 01
HIZO CONSULTAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS
TELEFÓNICAS..... 02
PROPORCIONÓ CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE 03
AYUDÓ DE ALGUNA OTRA MANERA..... 04

IF **YES**, USE CODES
01 THROUGH 04

(SPECIFY) _____

TENÍA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA
MATRÍCULA..... 05
HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA
QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO) 06
ENCONTRÉ SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA 07
OTRO 08

IF **NO**, USE CODES
05 THROUGH 08

(EXPLANATION) _____

J11. ¿Adónde va usted usualmente para cuidado médico de rutina?
(CIRCLE ONLY ONE)

- AL MISMO LUGAR QUE [CHILD]..... 01
- UN MEDICO PARTICULAR, UNA CLINICA PARTICULAR, O HMO 02
- UNA CLINICA DE PACIENTES EXTERNOS MANEJADA POR
UN HOSPITAL 03
- LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL 04
- DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA O CENTRO DE
SALUD COMUNAL 05
- UNA CLINICA DE SALUD MIGRATORIA..... 06
- EL SERVICIO DE SALUD INDIGENA 07
- ALGUN OTRO LUGAR 08

(SPECIFY) _____

J12. ¿Le (ha ayudado/ayudó) Head Start a usted a encontrar un proveedor de servicios de salud regular para usted mismo(a)?
HAVE RESPONDENT EXPLAIN AND CODE BELOW.

- PROPORCIONO INFORMACION, INCLUYENDO PANFLETOS,
REUNIONES O CONVERSACIONES 01
 - HIZO CONSULTAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS
TELEFONICAS..... 02
 - PROPORCIONO CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE 03
 - AYUDO DE ALGUNA OTRA MANERA..... 04
- IF **YES**, USE CODES
01 THROUGH 04

(SPECIFY) _____

- TENIA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA
MATRICULA..... 05
 - HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA
QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO) 06
 - ENCONTRE SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA 07
 - CUENTA..... 07
 - OTRA..... 08
- IF **NO**, USE CODES
05 THROUGH 08

(EXPLANATION) _____

J13. Por favor dígame si usted sigue ciertas prácticas de seguridad. Por favor dígame si esto es nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo, o siempre. ¿Diría usted ...

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>La mayor parte del tiempo</u>	<u>Siempre</u>
a. Usa un asiento o un cinturón de seguridad para [CHILD] cuando está en el carro?	1	2	3	4
b. Guarda las medicinas en botellas con tapas de seguridad y fuera del alcance de los niños?	1	2	3	4
c. Tiene al menos un detector de humo que funciona con una batería en buen estado?....	1	2	3	4
d. Guarda los productos de limpieza fuera del alcance de los niños y/o en gabinetes con llave?.....	1	2	3	4
e. Tiene un botiquín de primeros auxilios en el hogar?.....	1	2	3	4
f. Mantiene el número de teléfono del centro de control de envenenamiento y otros números de emergencia junto al teléfono?.....	1	2	3	4
g. Supervisa a [CHILD] cuando cruza la calle o anda en bicicleta/triciclo cerca del tráfico?	1	2	3	4
h. Guarda los fósforos y los encendedores de cigarrillos fuera del alcance de [CHILD]?.....	1	2	3	4
i. Supervisa a [CHILD] cuando está en la tina/bañera?	1	2	3	4
Guarda las armas de fuego bajo llave?	1	2	3	4
[IF THERE ARE NO FIREARMS IN THE HOUSEHOLD, WRITE "NA"]				

J14. ¿Está cubierto [CHILD] por Medicaid o bajo algún programa de seguro de salud estatal, tal como CHIP?

SÍ..... 1
NO..... 2

J15. ¿Está cubierto [CHILD] por otro seguro de salud distinto a Medicaid a través (de su trabajo o) del trabajo de (otro/un) adulto que esté empleado?

SÍ..... 1
NO..... 2

K. COMMUNITY SERVICES

Las familias con niños pequeños algunas veces necesitan ayuda de varios tipos. Ahora quisiera saber acerca de si Head Start ha ayudado a su familia.

K1. ¿Ha recibido usted o alguien en su hogar alguno de estos servicios comunales o del gobierno desde la primavera del 2004?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Ayuda para vivienda.....	1	2
b. Capacitación para un trabajo	1	2
c. Ayuda para encontrar trabajo.....	1	2
d. Ayuda para ir a la escuela o la universidad.....	1	2
e. Clases de Inglés como Segundo Idioma.....	1	2
f. Transportación al y desde el trabajo o capacitación	1	2
g. Cuidado infantil.....	1	2
h. Tratamiento o consejería para alcohol o drogas	1	2
i. Asesoría de un abogado	1	2
j. Consejería o servicios de salud mental.....	1	2
k. Ayuda para tratar la violencia doméstica	1	2
l. Ayuda o consejería para otros problemas familiares	1	2
m. Servicios dentales o de ortodoncia	1	2

IF ANY OF K1 WERE ANSWERED YES,
CHECK THIS BOX... THEN ASK K2.

OTHERWISE, GO TO SECTION L.

K2. ¿Le dio información o le ayudó Head Start para conseguir este(os) servicio(s)?

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

L. GETTING READY FOR KINDERGARTEN

L1. ¿Dónde asistirá a la escuela [CHILD] este próximo otoño? ¿(Él/Ella) ...

Volverá a Head Start, 1 (GO TO SECCIÓN M)

Asistirá a Pre-Kindergarten, 2

Asistirá a Kindergarten, 3

Asistirá a otro programa preescolar, 4

No asistirá a ninguna escuela, o 5 (GO TO SECCIÓN M)

Todavía usted no sabe? 8 (GO TO SECCIÓN M)

L2. ¿Cuál es el nombre de la escuela a la que [CHILD] asistirá el próximo año?

NOMBRE DE LA ESCUELA

L3. ¿Dónde está localizada la escuela elemental?

CALLE (SI SABE)

CIUDAD

M. SOCIAL SUPPORT

M1. Muchas personas y grupos pueden ser útiles para los miembros de una familia que están criando un niño pequeño. Queremos saber qué tan útiles son diferentes personas y grupos para su familia.

Por favor dígame qué tan útil ha sido para usted desde la primavera del 2004 cada una de las siguientes personas en términos de criar a (CHILD).

¿Qué tan útil ha sido [_____] ? ¿Diría...	<u>CORRES</u> <u>PONDE</u>	No muy <u>útil</u>	Algo <u>útil</u>	Muy <u>útil?</u>
a. El padre de [CHILD] (IF R IS FATHER, CODE 0)	0	1	2	3
b. La madre de [CHILD] (IF R IS MOTHER, CODE 0)	0	1	2	3
c. Su actual esposo(a) o compañero(a) .	0	1	2	3
d. Los abuelos de [CHILD]	0	1	2	3
e. Otros parientes.....	0	1	2	3
f. Sus amigos	0	1	2	3
g. Compañeros de trabajo.....	0	1	2	3
h. Profesionales proveedores de ayuda tal como consejeros o trabajadoras social	0	1	2	3
i. Personal de Head Start.....	0	1	2	3
j. Otros padres que ha conocido a través de Head Start	0	1	2	3
k. Otros proveedores de cuidado al niño	0	1	2	3
l. Miembros de un grupo religioso o social	0	1	2	3
m. ¿Hay alguien más que haya sido útil?.....	0	1	2	3
(SPECIFY)_____				

N. YOUR FEELINGS

N1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de ellas 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.)

	Total- mente en Desa- cuerdo	En Desa- cuerdo	De Acuerdo	Total- mente 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

N2. 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 una cantidad de tiempo moderada, o la mayor parte o todo el tiempo? (CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

	<u>Rara- mente o Nunca</u>	<u>Algo o un Poco</u>	<u>Ocasional- mente o Moderada- mente</u>	<u>La Mayor Parte o Todo el Tiempo</u>
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 quitarse 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 hacía 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. Se sintió solitario(a)	1	2	3	4
k. Se sintió triste	1	2	3	4
l. Usted no podía "continuar"	1	2	3	4

O. PARENT INVOLVEMENT AND SATISFACTION WITH HEAD START

O1. Por favor indique con qué frecuencia ha participado usted en las siguientes actividades en el centro Head Start de [CHILD] desde el principio de este año de Head Start, es decir desde septiembre del 2004.

Para cada una, por favor dígame si eso ha sido, no todavía, una o dos veces, varias veces, más o menos una vez al mes, o al menos una vez a la semana.
(USE RESPONSE CARD OR REPEAT RESPONSE CATEGORIES FREQUENTLY)

¿Cuántas veces usted ha...	Al menos				
	Una	Va-	Más o	una	
	No	o	varias	menos	vez
	tod	dos	ve-	una vez	a la
	vía	veces	ces	al mes	semana
	1	2	3	4	5
a. Ofrecido su ayuda en el salón de clases de [CHILD]?	1	2	3	4	5
b. Observado el salón de clases de [CHILD] por 30 minutos al menos?	1	2	3	4	5
c. Preparado comida o materiales para actividades especiales tales como la celebración de una festividad o de una actividad cultural especial?	1	2	3	4	5
d. Ayudado en excursiones u otras actividades especiales?	1	2	3	4	5
e. Asistido a actividades sociales de Head Start tales como bazares o ferias para los niños o familias?	1	2	3	4	5
f. Asistido a reuniones o talleres de educación para los padres orientados a tópicos tales como capacitación de trabajo o crianza de los niños?	1	2	3	4	5
g. Asistido a conferencias de padres y maestros?	1	2	3	4	5
h. Sido visitado en su hogar por un miembro del personal de Head Start	1	2	3	4	5
i. Asistido a un actividades de Head Start con su esposo(a) o compañero(a)?	1	2	3	4	5
(IF NO SPOUSE OR PARTNER, WRITE "NA")					
j. Asistido a una actividad de Head Start con otro adulto?	1	2	3	4	5
Participado en el Consejo de Políticas, en actividades relacionadas con control, u otros grupos de planificación de Head Start?	1	2	3	4	5
l. Llamado o visitado a otros padres de Head Start acerca de un asunto relacionado con Head Start? ...	1	2	3	4	5
m. Preparado o distribuido boletines, volantes, o materiales de Head Start?	1	2	3	4	5
n. Participado en actividades de recaudación de fondos?	1	2	3	4	5
o. Otra	1	2	3	4	5
(SPECIFY) _____					

02. Algunos padres tienen dificultades para participar en el programa Head Start de sus niños. Por favor dígame si alguna de las siguientes cosas le ha impedido a usted participar tanto como usted quisiera en el programa Head Start de [CHILD] este último año?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Su necesidad de cuidado infantil	1	2
b. El horario de su trabajo interfiere	1	2
c. El horario de su escuela o capacitación interfiere.....	1	2
d. Usted necesita transportación.....	1	2
e. Usted no conoce a otros en Head Start	1	2
f. Usted se siente incómodo(a) en Head Start	1	2
g. Usted tiene problemas de salud que interfieren.....	1	2
h. La maestra de [CHILD] se siente incómoda con padres en el salón de clases.....	1	2
i. Head Start no proporciona suficientes oportunidades para que usted participe.....	1	2
j. Usted ha tenido malas experiencias con Head Start en el pasado.....	1	2
k. Usted se siente incómodo(a) por las diferencias de idioma o culturales	1	2
l. Usted tiene preocupación por su seguridad para llegar a Head Start	1	2
m. Usted necesita más ayuda de su esposo(a) o compañero(a)....	1	2
n. Otra	1	2

(SPECIFY) _____

03. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del programa Head Start de [CHILD]. Basado(a) en lo que ha sucedido en Head Start desde que [CHILD] empezó en el programa Head Start, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo bien que Head Start lo está haciendo en cada una de las siguientes áreas. Por favor dígame si usted está muy insatisfecho, algo insatisfecho, algo satisfecho, o muy satisfecho.

(REPEAT RESPONSE CATEGORIES AS NECESSARY)

	<u>Muy insatis- fecho(a)</u>	<u>Algo insatis- fecho(a)</u>	<u>Algo- satis- fecho(a)</u>	<u>Muy satis- fecho(a)</u>
a. Ayudando a [CHILD] a crecer y desarrollarse	1	2	3	4
b. Estando abierto a sus ideas y participación....	1	2	3	4
c. Ayudando y respetando la cultura y el origen de su familia	1	2	3	4
d. Identificando y proporcionando servicios para [CHILD] — por ejemplo, exámenes de salud, ayuda con el desarrollo del habla y del lenguaje.....	1	2	3	4
e. Identificando y ayudando a proporcionar servicios que ayudan a su familia — por ejemplo, ayuda pública, transportación, o capacitación de trabajo	1	2	3	4
f. Manteniendo un programa seguro — por ejemplo, patios seguros, salones de clase limpios y ordenados	1	2	3	4
g. Preparando a [CHILD] para entrar a kindergarten	1	2	3	4
h. Ayudándole a usted a que participe más en grupos que están activos en su comunidad....	1	2	3	4

O4. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] y suyas en Head Start. Por favor dígame cual respuesta describe mejor las experiencias de [CHILD] y suyas en Head Start: nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre?

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas Veces</u>	<u>Frecuentemente</u>	<u>Siempre</u>
a. [CHILD] se siente seguro(a) y protegido(a) en Head Start.....	1	2	3	4
b. [CHILD] recibe mucha atención individual	1	2	3	4
c. La maestra de [CHILD] está abierta a la nueva información y al aprendizaje	1	2	3	4
d. [CHILD] ha estado feliz en el programa	1	2	3	4
e. La maestra es amable y afectuosa con [CHILD].....	1	2	3	4
f. [CHILD] es tratado con respeto por los maestros	1	2	3	4
g. La maestra se interesa por [CHILD].....	1	2	3	4
h. [CHILD] se siente aceptado(a) por la maestra.....	1	2	3	4
i. La maestra le apoya a usted como padre/madre.....	1	2	3	4
j. Usted se siente bienvenido(a) por la maestra.....	1	2	3	4
k. La maestra maneja los asuntos de disciplina fácilmente sin ser dura	1	2	3	4
l. La maestra se ve feliz y contenta.....	1	2	3	4
m. La maestra asistente/ayudante es amable y afectuosa con [CHILD]	1	2	3	4

- O5. ¿Cuáles son las formas principales que usted siente que Head Start le ayudó a [CHILD] este año?
PROBE: ¿Alguna otra cosa?
- O6. ¿Cuáles son las formas principales que usted piensa que Head Start le ayudó a su familia este año?
PROBE: ¿Ayudaron ellos a su familia en otras áreas además de educar a [CHILD]? ¿Qué más?
- O7. Si usted pudiera cambiar cualquier cosa acerca de Head Start que usted cree que ayudaría a servir mejor a los niños y a sus familias, ¿qué sería ésto?
- O8. Estas son todas las preguntas que tengo por ahora. Quisiera darle muchas gracias por participar en esta entrevista. Para que nos podamos comunicar con usted en la próxima primavera, quiero verificar la información de contacto que tengo.

GO TO SECTION P AFTER INTERVIEW IS COMPLETE.

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