



**Spring 2002 Parent Interview
Spanish Version**

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

Date: _____

Interviewer: _____

Westat

Encuesta de las Experiencias de las Familias y Niños en Head Start

Primavera 2001 Entrevista de los Padres

INTRODUCCION

Gracias por acceder a hablar con nosotros. Es importante que hablemos con usted para que podamos continuar comprendiendo el programa Head Start desde el punto de vista de los padres. La información de este estudio está siendo usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a sus familias.

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 verá u oirá sus respuestas. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, ésto 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 una hora 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 7/2003). 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

INTERVIEWER:

SC1. WILL THE INTERVIEW BE COMPLETED USING AN INTERPRETER?

YES..... 1
NO 2 (GO TO SC3)

INTERVIEWER:

SC2. WHAT LANGUAGE WILL BE USED?

**CONFIRM INTERPRETER HAS SIGNED
CONFIDENTIALITY FORM THEN CONTINUE.**

SC3. Quiero entrevistar a la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]. ¿Es usted esa persona?

SI 1
NO 2

SC4. ¿Es usted la persona que entrevistamos el otoño pasado cuando hicimos la entrevista del otoño del 2000?

SI 1
NO 2

**IF BOTH SC3 AND SC4 ARE "YES" (1), GO TO A1.
IF SC3 IS "YES" (1) AND SC4 IS "NO" (2), GO TO SC7.
IF SC3 IS "NO" (2), GO TO SC5.**

SC5. ¿Quién es la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SC6. ¿Está disponible esa persona para hablar conmigo ahora?

SI 1 (GO TO INTRODUCTION)
NO 2

**TERMINATE INTERVIEW AND
RESCHEDULE WITH PRIMARY CAREGIVER**

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

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

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

SI	1	(GO TO A1)
NO	2	

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

A. CURRENT HEAD START ENROLLMENT STATUS

A1. ¿Está [CHILD] matriculado aún en el mismo programa Head Start que estaba el otoño pasado, o (él/ella) ha dejado de ir a ese programa?

- AUN ESTA YENDO AL MISMO PROGRAMA HEAD START..... 1 (GO TO A2)
- DEJO DE IR A ESE PROGRAMA HEAD START 2 (GO TO A4)

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

- NUNCA..... 1 (GO TO B1)
- 1-5 DIAS 2 (GO TO B1)
- 6-10 DIAS 3
- MAS DE 10 DIAS 4
- DON'T KNOW 8 (GO TO B1)

A3. ¿Cuál es la razón más frecuente por la que [CHILD] faltó a las clases de Head Start durante el año pasado?

(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
- MAL TIEMPO..... 05
- EL NIÑO NO QUISO IR..... 06
- DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO O DE MANDARLO A OTRO LUGAR 07
- OTRO (PLEASE SPECIFY) _____ 08
- DON'T KNOW..... 98

IF [CHILD] STILL GOING TO THE SAME HEAD START PROGRAM (A1 = 1), CHECK THIS BOX ... AND GO TO B1. OTHERWISE, GO TO A4.

A4. ¿Cuándo dejó de ir [CHILD] a ese programa Head Start?

_____/_____/_____
MES DIA AÑO

A5. ¿Por qué dejó de ir [CHILD] a ese programa Head Start? ¿Cuál fue la razón más importante?
(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
- MAL TIEMPO..... 05
- EL NIÑO NO QUISO IR..... 06
- DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO
O DE MANDARLO A OTRO LUGAR 07
- OTRO (PLEASE SPECIFY) _____ 08
- DON'T KNOW..... 98

A6. Después que (él/ella) dejó de ir a ese programa Head Start, ¿matriculó usted a [CHILD] en otro programa preescolar, centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil o programa Head Start?

- SI 1
- NO 2 (GO TO B1)

A7. ¿Está [CHILD] aún asistiendo a este programa?

- SI 1
- NO 2 (GO TO B1)

A8. ¿Qué tipo de programa es éste? ¿Es éste ...

[PROBE: IF MORE THAN ONE PROGRAM, ASK ABOUT PRIMARY PROGRAM]

- Un prekindergarten de escuela pública, 1
- Un prekindergarten o guardería infantil de escuela particular, , ... 2
- Un centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil, ... 3
- Otro programa Head Start, o 4
- Algún otro programa? 5
- (SPECIFY) _____

A9. ¿Cuántos días a la semana va [CHILD] a este programa?

DIAS A LA SEMANA _____

A10. ¿Cuántas horas al día está [CHILD] en este programa?

HORAS AL DIA _____

A11. En cuanto a ayudar a [CHILD] a aprender y a estar preparado(a) para la escuela, ¿piensa usted que el programa es ...

- No tan bueno como Head Start, 1
- Solamente tan bueno como Head Start, o.... 2
- Mejor que Head Start? 3

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...

	SI	NO
a. Le contó un cuento a (él/ella)?	1	2
b. Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)?	1	2
c. Le enseñó canciones o música a (él/ella)?	1	2
d. Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)?	1	2
e. Jugó con juguetes o juegos dentro de la casa?	1	2
f. Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?	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
h. Lo(a) hizo tomar parte en los quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas o animalitos de la casa?	1	2
i. Le habló acerca de lo que pasó en Head Start?	1	2
j. Le habló acerca de los programas de la televisión o de los videos?	1	2
k. Jugó juegos de contar tales como cantar canciones con números o leer libros con números?	1	2

B4. **IF YES:**

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

	Una o dos veces	Tres o más
a.	1	2
b.	1	2
c.	1	2
d.	1	2
e.	1	2
f.	1	2
g.	1	2
h.	1	2
i.	1	2
j.	1	2
k.	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 un acontecimiento 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 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 ésto ...

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

C. DISABILITIES

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

- C1. **Antes** que [CHILD] empezara un programa Head Start, ¿le dijo alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) 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

**IF [CHILD] IS STILL ENROLLED IN A HEAD START PROGRAM,
CHECK THIS BOX ... AND GO TO C2. OTHERWISE, GO TO C3.**

- C2. **Desde** que [CHILD] empezó un programa Head Start, ¿le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) tiene algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI 1 (GO TO C4)
NO 2

**IF BOTH C1 AND C2 ARE “NO” (2), CHECK THIS BOX ...
AND GO TO D1. OTHERWISE, GO TO C5.**

- C3. **Mientras** [CHILD] estaba matriculado(a) en un programa Head Start, ¿le dijo alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que (él/ella) tenía algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI 1 (GO TO C4)
NO 2

**IF BOTH C1 AND C3 ARE “NO” (2), CHECK THIS BOX ...
AND GO TO D1. OTHERWISE, GO TO C5.**

- C4. ¿Alguien del personal de Head Start le sugirió que pidiera una opinión profesional?

SI 1
NO 2

C5. ¿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 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?.....	1	2
f. Sordera?	1	2
g. Otra incapacidad de la audición?	1	2
h. Ceguera	1	2
i. Otra incapacidad de la vista?	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. Alguna otra incapacidad (PLEASE SPECIFY)_____	1	2

C6. ¿La(s) incapacidad(es) de [CHILD] afecta(n) su habilidad para aprender?

SI	1
NO	2

C7. ¿Qué tan útil ha sido Head Start o qué tan útil fue Head Start ...

	<u>Nada</u> <u>útil</u>	<u>Un poco</u> <u>útil</u>	<u>Util</u>	<u>Muy</u> <u>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

C8. ¿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)

C9. ¿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

C10. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de Head Start, o con alguna otra persona o agencia?

HEAD START 1
NO HEAD START 2

C11. ¿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

C12. ¿Qué tan satisfecho(a) (está/ha estado) usted con este servicio? ¿Diría que (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 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 de las 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 por 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 durante el mes pasado, dígame qué tan bien describen las siguientes declaraciones el comportamiento usual de [CHILD]: Para cada una, dígame si ésto es muy verdadero o frecuentemente verdadero, algunas veces o algo verdadero, o no es verdadero.

	Muy Verdadero o Frecuente- mente <u>Verdadero</u>	Algunas Veces o Algo <u>Verdadero</u>	No es <u>Verdadero</u>
a. ¿Hace amigos fácilmente?	1	2	3
b. ¿Disfruta aprendiendo?	1	2	3
c. ¿Le dan rabieta o se enoja fácilmente?.....	1	2	3
d. ¿No se puede concentrar, no puede prestar atención por mucho rato?	1	2	3
e. ¿Es muy inquieto y se mueve mucho?.....	1	2	3
f. ¿Le gusta intentar cosas nuevas?.....	1	2	3
g. ¿Muestra imaginación en el trabajo y en el juego?	1	2	3
h. ¿Se siente infeliz, triste, o deprimido?.....	1	2	3
i. ¿Reconforta o ayuda a otros?	1	2	3
j. ¿Le pega o pelea con otros?	1	2	3
k. ¿Se preocupa acerca de cosas por largo tiempo?	1	2	3
l. ¿Acepta las ideas de los amigos cuando juega y comparte?	1	2	3
m. ¿No se lleva bien con otros niños?.....	1	2	3
n. ¿Le gusta oír que (él/ella) lo está haciendo bien?	1	2	3
o. ¿Se siente que no vale nada o que es inferior?	1	2	3
p. ¿Tiene dificultad haciendo cambios de una actividad a otra?.....	1	2	3
q. ¿Es nervioso(a), muy sensible, tenso(a)?	1	2	3
r. ¿Actúa muy infantil para su edad?	1	2	3
s. ¿Es desobediente en el hogar?.....	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 dado unas palmadas 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 lo(a) 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)

	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 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 juntos(as) momentos íntimos cariñosos	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 (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 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

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIO/ADOPTIVE MOTHER 1 (ASK QUESTIONS ABOUT RESPONDENT, STARTING WITH G7)

NOT [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE MOTHER.. 2 (ASK QUESTIONS ABOUT BIO/ADOPTIVE MOTHER, STARTING WITH G1)

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

G1. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

- MADRE ESTA EN EL HOGAR..... 1 (GO TO G7)
- MADRE NO ESTA EN EL HOGAR.. 2
- MADRE FALLECIDA..... 3 (GO TO BOX AFTER G17)

G2. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- SI 1
- NO 2

G3. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS |_|_|_|_|

G4. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

- [CHILD] NEVER HAD CONTACT 000
- DON'T KNOW 998

OR

a. CANTIDAD:

|_|_|_|

b. UNIDAD:

- DIAS..... 1
- SEMANAS..... 2
- MESES..... 3
- AÑOS..... 4

G5. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G6. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G7. ¿Cuál es el estado civil actual de (usted/ella)?

CASADA 1
SEPARADA 2
DIVORCIADA 3
VIUDA 4
NUNCA CASADA 5

**IF CHILD'S MOTHER IS NOT IN HOUSEHOLD (G1=2),
CHECK THIS BOX AND GO TO BOX AFTER G17.**

G8. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿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 G12)

G9. ¿Ha recibido (usted/ella) un certificado, un diploma, o un título desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

- SI 1
- NO 2 (GO TO G11)
- DON'T KNOW 8 (GO TO G11)

G10. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o título recibió (usted/ella)?

(CIRCLE ONLY ONE)

- LICENCIA O CERTIFICADO DE COMERCIO 01
- CERTIFICADO GED (O EQUIVALENTE) 02
- DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) 03
- GRADO ASOCIADO 04
- GRADO ASOCIADO EN DESARROLLO DEL NIÑO ("CDA") 05
- TITULO UNIVERSITARIO 06
- TITULO DE POSTGRADO 07
- OTRO (SPECIFY) _____ 08

- REFUSED 97
- DON'T KNOW 98

G11. ¿Le ayudó Head Start a (usted/ella) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/ella) tomó desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

- SI 1
- NO 2

G12. ¿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 ONLY ONE)

- 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 (SPECIFY) _____ 09
- } GO TO BOX AFTER G17

G13. ¿Está (usted/ella) trabajando aún para el mismo empleador para quien (usted/ella) estaba trabajando el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

- SI 1
- NO 2 (GO TO G15)

G14. ¿Está (usted/ella) haciendo el mismo tipo de trabajo que (usted/ella) estaba haciendo el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

SI 1 (GO TO BOX AFTER G17)
NO 2 (GO TO G16)

G15. ¿Dónde ha trabajado (usted/ella) desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

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

a. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G16. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/ella) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G17.

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

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER..... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT RESPONDENT, STARTING WITH G24)

NOT [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER.. 2 (ASK QUESTIONS ABOUT BIO/ADOPTIVE FATHER, STARTING WITH G18)

G18. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE ESTA EN EL HOGAR 1 (GO TO G24)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR... 2
PADRE FALLECIDO 3 (GO TO BOX AFTER G34)

G19. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

SI 1
NO 2

G20. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS |_|_|_|_|

G21. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT 000
DON'T KNOW 998

OR

a. CANTIDAD:	b. UNIDAD:
_ _ _	DIAS..... 1
	SEMANAS..... 2
	MESES..... 3
	AÑOS..... 4

G22. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI 1
NO 2

G23. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] del padre de (él/ella)?

- SI 1
- NO 2

G24 ¿Cuál es el estado civil actual (suyo/de él)?

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

**IF CHILD'S FATHER IS NOT IN HOUSEHOLD (G18=2),
CHECK THIS BOX ... AND SKIP TO BOX AFTER G34.**

G25. Desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), ¿ha tomado (usted/él) 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 G29)

G26. ¿Ha recibido (usted/él) un certificado, un diploma, o un título desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

- SI 1
- NO 2 (GO TO G28)
- DON'T KNOW 8 (GO TO G28)

G27. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o título recibió (usted/él)?

(CIRCLE ONLY ONE)

- LICENCIA O CERTIFICADO DE COMERCIO..... 01
- CERTIFICADO GED (O EQUIVALENTE) 02
- DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)..... 03
- GRADO ASOCIADO..... 04
- GRADO ASOCIADO EN DESARROLLO DEL NIÑO ("CDA") 05
- TITULO UNIVERSITARIO 06
- TITULO DE POSTGRADO 07
- OTRO (SPECIFY) _____ 08
- _____
- REFUSED..... 97
- DON'T KNOW..... 98

G28. ¿Le ayudó Head Start a (usted/él) a tomar o a localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/él) tomó desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

SI 1
 NO 2

G29. ¿Está (usted/él) 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 ONLY ONE)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA)	01	} GO TO BOX AFTER G34
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 (<i>SPECIFY</i>) _____	09	

G30. ¿Está (usted/él) trabajando aún para el mismo empleador para quien (usted/él) estaba trabajando el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

SI 1
 NO 2 (GO TO G32)

G31. ¿Está (usted/él) haciendo el mismo tipo de trabajo que (usted/él) estaba haciendo el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

SI 1 (GO TO BOX AFTER G34)
 NO 2 (GO TO G33)

G32. ¿Dónde ha trabajado (usted/él) desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

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

a. NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____

b. TIPO DE NEGOCIO: _____

G33. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/él) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

a. TIPO DE TRABAJO: _____

b. OBLIGACIONES IMPORTANTES: _____

G34.

<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
NEVER WORKED/HOMEMAKERS.....	22
REFUSED	97
DON'T KNOW	98

IF RESPONDENT HAS CHANGED SINCE THE FALL AND IS NOT MOTHER OR FATHER, CHECK THIS BOX AND GO TO G35. OTHERWISE, GO TO G40.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted.

G35. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

_____ / _____ /19 _____
 MES DIA AÑO

G36. ¿Es usted de origen español, hispano, o latino?

- SI 1
- NO 2 (GO TO G38)

G37. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a usted ...

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

G38. ¿Cuál es su raza? Si quiere puede mencionar más de una.

(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

G39 ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted completó?

(CIRCLE ONLY ONE)

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; DERECHO/JD/LLB; ETC.)	13

G40. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad o mayores viven en su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS |_|_|

G41. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños y niñas de 17 años de edad y menores viven en en su hogar?

CANTIDAD DE NIÑOS |_|_|

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

PROBE: ¿Hay alguna otra persona en su hogar?

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.		
m.		
n.		
o.		
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. ¿Está cubierto [CHILD] por Medicaid o bajo un programa de seguro de salud del estado, tal como CHIP?

SI 1
NO 2

H2. ¿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
NO 2

H3. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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

IF ANY OF H3 a, c, OR d WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX... THEN ASK H4. OTHERWISE, GO TO H5.

H4. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les está exigiendo que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le exige a usted o a alguna otra persona del hogar que...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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? (SPECIFY) _____	1	2

H5. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS |__|__|

H6. Ahora, incluyendo a *todas las personas* de su hogar, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar el **último mes** antes de impuestos y de 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 H8)
(CANTIDAD EL ULTIMO MES SOLAMENTE)

OR

REFUSED..... 97 (GO TO H8)
 DON'T KNOW 98 (GO TO H7)

H7. ¿Diría 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

H8. 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? (PLEASE SPECIFY) 4

H9. ¿Cuántas veces se ha mudado usted desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

|_____|
VECES

H10. ¿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

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

[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 OR IN THE PREKINDERGARTEN PROGRAM BEFORE OR AFTER CLASS.]

¿Está [CHILD] en cuidado infantil antes o después de Head Start (o Prekindergarten)?

- ANTES DE HEAD START 01
- DESPUES DE HEAD START..... 02
- AMBOS ANTES DE/DESPUES DE HEAD START 03
- ANTES DE PREKINDERGARTEN..... 04
- DESPUES DE PREKINDERGARTEN 05
- AMBOS ANTES DE/DESPUES DE PREKINDERGARTEN 06
- NO ESTA EN CUIDADO INFANTIL 07 (GO TO J1)

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 acerca del cual en que [CHILD] 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 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 (POR FAVOR ESPECIFIQUE)_____ 08

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 persona?.....	1	2
f. ¿Es gratis o sin cobro?	1	2
g. Otro (PLEASE SPECIFY) _____	1	2

16. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] en este 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>Frecuen- temente</u>	<u>Siempre</u>
a. [CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado infantil	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

J. FAMILY HEALTH CARE

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. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide a usted 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 un deterioro 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. ¿Dónde 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 (SPECIFY) _____ 07

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.

- | | | |
|---|----|--------------------------------------|
| PROPORCIONO INFORMACION, INCLUYENDO PANFLETOS,
REUNIONES O CONVERSACIONES..... | 01 | } IF YES, USE CODES
01 THROUGH 04 |
| HIZO REFERENCIAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS TELEFONICAS... | 02 | |
| PROPORCIONO CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE | 03 | |
| AYUDO DE ALGUNA OTRA MANERA.....
(PLEASE SPECIFY) _____ | 04 | |
| TENIA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA MATRICULA..... | 05 | } IF NO, USE CODES
05 THROUGH 08 |
| HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA
QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO)..... | 06 | |
| ENCONTRE SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA CUENTA..... | 07 | |
| OTRA (EXPLANATION) _____ | 08 | |

J11. ¿Adónde va usted usualmente para cuidado medico 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 (SPECIFY) _____ 08

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 | } IF YES, USE CODES
01 THROUGH 04 |
| HIZO REFERENCIAS, FOR EJEMPLO, LLAMADAS TELEFONICAS... | 02 | |
| PROPORCIONO CUIDADO DE SALUD DIRECTAMENTE | 03 | |
| AYUDO DE ALGUNA OTRA MANERA | 04 | |
| (PLEASE SPECIFY) _____ | 04 | |
| TENIA UN PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE LA MATRICULA..... | 05 | } IF NO, USE CODES
05 THROUGH 08 |
| HEAD START NO (HA AYUDADO/AYUDO) PERO QUISIERA
QUE LO (HICIERA/HUBIESE HECHO)..... | 06 | |
| ENCONTRE SERVICIOS DE SALUD POR MI PROPIA CUENTA..... | 07 | |
| OTRA (EXPLANATION) _____ | 08 | |

J13. Por favor dígame si usted sigue ciertas prácticas de seguridad. Por favor dígame si ésto 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?.....	1	2	3	4
j. Guarda las armas de fuego bajo llave?	1	2	3	4

[IF THERE ARE NO FIREARMS IN THE HOUSEHOLD, WRITE "NA"]

K. COMMUNITY SERVICES

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

K1. Completó usted u otro miembro de la familia una "Evaluación de las Necesidades de la Familia de Head Start ("Head Start Family Needs Assessment") o Acuerdo de Asociación de Familias ("Family Partnership Agreement") en el cual a usted se le preguntó acerca de las necesidades, intereses, metas, capacidades, y así sucesivamente de su familia en particular?

SHOW PARENT COPY OF A HEAD START FAMILY NEEDS ASSESSMENT USED BY PROGRAM

SI 1
 NO 2

K2. Ha recibido usted o alguien en su hogar alguno de estos servicios comunales o del gobierno desde el último día de acción de gracias ("Thanksgiving")?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Ayuda para vivienda	1	2
b. Adiestramiento para un trabajo.....	1	2
c. Ayuda para encontrar trabajo	1	2
d. Ayuda para ir a la escuela o universidad.....	1	2
e. Clases de inglés como segundo idioma	1	2
f. Transportación al y desde el trabajo o adiestramiento.....	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 K2 WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX...
THEN ASK K3. OTHERWISE, GO TO L1.

K3. ¿Le hizo consciente o le ayudó a conseguir Head Start (este servicio/estos servicios)?

SI 1
 NO 2

L. GETTING READY FOR KINDERGARTEN

L1. ¿Dónde asistirá a la escuela [CHILD] este próximo otoño? ¿Estará (él/ella) ...

- Volviendo a Head Start,..... 1 (GO TO M1)
- Asistiendo a Pre-Kindergarten, 2
- Asistiendo a Kindergarten, 3
- Asistiendo a otro programa preescolar, . 4
- No asistirá a ninguna escuela, o 5 (GO TO M1)
- No sabe usted aún? 8 (GO TO M1)

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

**IF RESPONDENT IS [CHILD]'S MOTHER, CODE 0 (NA) FOR B.
IF RESPONDENT IS [CHILD]'S FATHER, CODE 0 (NA) FOR A.**

M1. Muchas personas y grupos pueden ser útiles para los miembros de una familia que está 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 el último día de acción de gracias ("Thanksgiving"), cada una de las siguientes personas en términos de criar a (CHILD).

¿Qué tan útil ha sido []? ¿Diría...	NOT APPLICABLE	No muy útil	Algo útil, o	Muy útil?
a. El padre de [CHILD]	0	1	2	3
b. La madre de [CHILD].....	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 sociales	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 infantil	0	1	2	3
l. Miembros de un grupo religioso o social.....	0	1	2	3
m. ¿Hay alguien más que haya sido útil? (PLEASE SPECIFY) _____	0	1	2	3

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.)

	<u>Total- mente en Desa- cuerdo</u>	<u>En Desa- cuerdo</u>	<u>De Acuerdo</u>	<u>Total- mente de Acuerdo</u>
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 moderado, o la mayor parte o todo el tiempo?*

(USE RESPONSE CARD)

	<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 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

Ahora tengo algunas preguntas acerca de los padres.

N3. Los padres hacen muchas cosas por sus niños. De la lista de cosas en esta tarjeta, ¿cuáles son las 3 cosas que usted piensa que son las más importantes de hacer para un padre?

(USE RESPONSE CARD)

Por favor elija las que usted piense que son las tres cosas más importantes de hacer para un padre. Después, clasifíquelas anotando 1 (más importante), 2 (segunda más importante), y 3 (tercera más importante). Seleccione tres solamente.

CLASIFICACION

- a. Demostrar amor y afecto al niño |__|
- b. Tomarse el tiempo para jugar con el niño..... |__|
- c. Cuidar del niño financieramente..... |__|
- d. Darle al niño guía moral y ética..... |__|
- e. Asegurarse que el niño está seguro y protegido..... |__|
- f. Enseñar al niño y estimular la curiosidad de él o ella..... |__|

N4. A continuación hay algunas declaraciones que los hombres han hecho de su papel como padres. Para cada una de las siguientes declaraciones, por favor indique si usted está *totalmente en desacuerdo*, *en desacuerdo*, *de acuerdo*, o *totalmente en desacuerdo* con la declaración.

(CIRCLE ONE FOR EACH ITEM)

	<u>Totalmen</u> te en Desa- cuerdo	En Desa- cuerdo	De <u>Acuerdo</u>	Totalmen- te en Desa- cuerdo
a. Es esencial para el bienestar de los niños que los padres pasen tiempo jugando con sus niños.....	1	2	3	4
b. Es difícil para los hombres expresar sentimientos afectuosos hacia los niños	1	2	3	4
c. Un padre debe estar involucrado tan profundamente como la madre en el cuidado del niño	1	2	3	4
d. La forma como un padre trate a su niño tiene efectos de larga duración en el niño.....	1	2	3	4
e. Las actividades que un padre hace con sus niños no importan. Lo que más importa es si él los mantiene	1	2	3	4
f. Una de las cosas más importantes que un padre puede hacer por sus niños es darle a la madre de ellos estímulo y ayuda emocional	1	2	3	4
g. Considerando todas las cosas, la paternidad es una experiencia gratificante	1	2	3	4

O. PARENT INVOLVEMENT AND SATISFACTION WITH HEAD START

IF [CHILD] IS STILL ENROLLED IN A HEAD START PROGRAM, CHECK THIS BOX ... AND GO TO O1. OTHERWISE, GO TO FATHER INTERVIEW SCREENER AND FOLLOW-UP TRACKING INFORMATION BOOKLET.

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.

Para cada una, por favor dígame si éso ha sido, no aún, una o dos veces, varias veces, una vez al mes más o menos, o al menos una vez a la semana.

(USE RESPONSE CARD)

¿Cuántas veces usted ha...	<u>No</u> <u>aún</u>	<u>Una</u> <u>o</u> <u>dos</u> <u>veces</u>	<u>Varias</u> <u>veces</u>	<u>Más o</u> <u>menos</u> <u>una vez</u> <u>al mes</u>	<u>Al menos</u> <u>una vez</u> <u>a la</u> <u>semana</u>
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 acontecimientos especiales tales como la celebración de una festividad o de un acontecimiento cultural especial?	1	2	3	4	5
c. Ayudado en excursiones u otros acontecimientos especiales?	1	2	3	4	5
d. Asistido a acontecimientos sociales de Head Start tales como bazares o ferias para los niños o familias?	1	2	3	4	5
e. Asistido a reuniones o talleres de educación para los padres enfocados en tópicos tales como destrezas 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
i. Sido visitado en su hogar por un miembro del personal de Head Start?	1	2	3	4	5
i. Asistido a un acontecimiento de Head Start con su esposo(a) o compañero(a)?	1	2	3	4	5
INTERVIEWER NOTE: IF NO SPOUSE OR PARTNER, WRITE "NA"					
j. Asistido a un acontecimiento de Head Start con otro adulto?	1	2	3	4	5
j. 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 (PLEASE DESCRIBE): _____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

O2. 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 adiestramiento 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 (PLEASE SPECIFY) _____	1	2

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del programa Head Start de [CHILD].

O3. 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:

	<u>Muy insatisfecho(a)</u>	<u>Algo insatisfecho(a)</u>	<u>Algo satisfecho(a)</u>	<u>Muy satisfecho(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 adiestramiento 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 de usted en Head Start. Por favor dígame cual respuesta describe mejor las experiencias de [CHILD] y de usted en Head Start.

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas</u> <u>Veces</u>	<u>Frecuen</u> <u>temente</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 cariñosa 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 cariñosa 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 piensa que ayudaría a servir mejor a los niños y a sus familias, ¿qué sería ésto?

**PROCEED TO FATHER INTERVIEW SCREENER
AND FOLLOW-UP TRACKING INFORMATION BOOKLET.**

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