

**Encuesta sobre las experiencias del NIÑO y su familia
en el programa de Head Start**



Entrevista de la primavera de 1998 a los padres de familia

**INTERVIEWER: RECORD CHILD'S NAME BELOW.
REMOVE SHEET AND DESTROY
AFTER VERIFYING CHILD'S NAME.**

NOMBRE DEL NIÑO: _____

**Encuesta sobre las experiencias del NIÑO y su familia
en el programa de Head Start
Entrevista de la primavera de 1998 a los padres de familia
Portada**

Número de identidad de la persona entrevistada: ___ - ___ - ___ - ___ - ___

1-7/

Centro de Head Start: _____

Ciudad y estado: _____

Número identificación del entrevistador: ___ ___ ___ 23-25/

Fecha de la entrevista ___ / ___ / ___ 26-31/
mes día año

Site Manager Quality Control Review

___ / ___ / ___

ID Date of Review

Hora en que comienza la entrevista: ___ : ___ 15-18/
hora minuto

Hora en que termina la entrevista: ___ : ___ 19-22/
hora minuto

Dónde tiene lugar la entrevista:

- Centro de Head Start..... 01 32-33/
- Casa donde vive NIÑO..... 02
- Otro sitio (favor de especificar)..... 03 34-35/B

NIÑO con base en la casa..... 01

NIÑO con base en el Centro..... 02 136-137/

¿Se completará esta entrevista en su totalidad o en parte con la ayuda de un intérprete?

- No 01 36-37/
- Sí 02

Si es así, ¿qué idioma se hablará? _____

38-39/

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

IF YES: Have interpreter sign confidentiality form before interview.

**Encuesta sobre las experiencias del NIÑO y su familia
en el Programa de Head Start
Entrevista de la primavera de 1998 a los padres de familia**

Muchas gracias por permitirme conversar nuevamente con usted. Estamos aprendiendo cada vez más sobre las familias que participan en el Programa de Head Start, así como también aprendemos más sobre el Programa particular de Head Start en el cual participa su niño. Aprendemos cómo Head Start brinda distintos tipos de servicios a los niños y a sus familias. Es importante que hablemos con usted nuevamente para que podamos seguir comprendiendo el efecto de Head Start desde el punto de vista de los padres de familia. La información obtenida en este estudio se utilizará para ayudar a mejorar el servicio que Head Start presta a los niños y a sus familias.

Tal como lo hicimos la otra vez, le haré preguntas y anotaré sus respuestas. Usted podrá detenerme en cualquier momento, y también podrá volver sobre las preguntas anteriores y cambiar sus respuestas. Ninguna de las personas que trabajan en el Programa de Head Start podrá ver ni escuchar sus respuestas. Su participación es totalmente voluntaria. Si usted decide que no desea completar esta entrevista, esto no afectará su participación ni la de su niño(a) en ningún programa de Head Start. Lo que usted me diga es sumamente importante, por lo tanto, trate de ser lo mas preciso posible. Quizás reconozca algunas preguntas, porque ya se las formulamos en la entrevista anterior, pero es importante que las volvamos a hacer. La entrevista tomará más o menos una hora. ¿Tiene alguna pregunta?

Antes de empezar, permítame que le lea lo siguiente:

Notificación: De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act) ninguna persona estará obligada a contestar las preguntas de una encuesta que se lleve a cabo con el fin de recoger información, a menos que dicha encuesta tenga un Número válido de Control de OMB. El Número válido de Control de OMB para esta encuesta de recolección de información es 0970-0151 (y vence en el mes 06 del año 2000). El tiempo promedio necesario para completar esta encuesta de recolección de información se calcula en 1 hora por entrevistado, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recolección de los datos necesarios, y la realización y revisión de la encuesta de recolección de información.

Cuando finalicemos esta entrevista, le daré algunas direcciones y números de teléfono en caso de que usted desee obtener información adicional sobre el estudio o sobre esta entrevista. ¿Tiene alguna pregunta?

**INTERVIEWER: USE CHILD'S NAME WHENEVER "CHILD" (ALL CAPITAL LETTERS)
APPEARS IN A QUESTION.**

PROBE AND ENTER 99 FOR "DON'T KNOW" RESPONSES.

DO NOT READ "DON'T KNOW" RESPONSE CATEGORIES.

ESTUDIO DE ELEGIBILIDAD

Nuevamente, le agradezco que me permita conversar con usted. En el otoño pasado, entrevistamos a los padres con niños que ingresaron al programa de Head Start. Ahora al final del año escolar del programa, volvemos a entrevistar a los mismos padres/madres de familia.

1. ¿Es usted la persona que fue entrevistada en el pasado mes de (MONTH OF FALL INTERVIEW) cuando llevamos a cabo las entrevistas de otoño?

No..... 01 138-139/
Sí..... 02 **SKIP TO A3**

1a. ¿Está disponible esa persona?

No..... 01 140-141/
Sí..... 02 **End interview**
Reschedule with original respondent

2. Deseamos entrevistar a la persona que más se ocupa y se responsabiliza por el cuidado dde NIÑO. ¿Es usted esa persona?

No..... 01 40-41/
Sí..... 02 **SKIP TO 4**

3. ¿Quién es la persona que más se ocupa del cuidado de NIÑO?

Nombre: _____ 42-71/

Dirección: _____ 72-121/

Número de teléfono: _____ 122-131/

TERMINATE INTERVIEW.

4. ¿Cuál es su parentesco con NIÑO?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Madre.....		01	132-133/
¿Es usted la madre natural o adoptiva?			
natural.....	19	SKIP TO A1	142-143/
adoptiva.....	20	SKIP TO A1	
Padre.....		02	
¿Es usted el padre natural o adoptivo?			
natural.....	21	SKIP TO A1	144-145/
adoptivo.....	22	SKIP TO A1	
Madrastra.....		03	SKIP TO A1
Padrastra.....		04	SKIP TO A1
Abuela.....		05	
Abuelo.....		06	
Bisabuela.....		07	
Bisabuelo.....		08	
Hermana/hermanastra.....		09	
Hermano/hermanastro.....		10	
Otra pariente natural o pariente político (mujer).....	11		
Otro pariente natural o pariente político (hombre).....	12		
Madre de crianza (foster mother).....	13		
Padre de crianza (foster father).....	14		
Otro tipo de relación, no de pariente (mujer).....	15		
Otro tipo de relación, no de pariente (hombre).....	16		
Pareja del padre o madre de familia (mujer).....	17		
Pareja del padre o madre de familia (hombre).....	18		
No sé/No quiero responder.....	19		

5. ¿Es usted el tutor legal de NIÑO?

No.....	01	134-135/
Sí.....	02	

A. SOBRE SU NIÑO Y SU FAMILIA

Recuerde que tal vez reconocerá algunas de las preguntas que le voy a hacer, porque ya las contestó en la encuesta del otoño pasado, pero es importante para nosotros volver a hacerle estas mismas preguntas.

A1. ¿Es NIÑO varón o mujer?

Varón.....	01	13-14/
Mujer.....	02	

A2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de NIÑO?

___	___	/	___	___	/	___	___	15-20/
	Mes			Día			Año	

A3. ¿Más o menos cuántas veces faltó NIÑO a Head Start durante el año pasado?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Nunca.....	01	SKIP TO A5	
1 a 5 días.....	02		
6 a 10 días.....	03		57-58/
Más de 10 días.....	04		
No lo sé.....	99		

A4. ¿Cuál es el motivo más frecuente por el cual NIÑO falta a Head Start?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- Enfermedad (de NIÑO) 01
- Enfermedad (de otra persona de la familia)..... 02
- Conflicto con el horario de trabajo o de escuela del padre de familia.... 03
- Falta de transporte..... 04
- Mal tiempo..... 05
- NIÑO no quiere ir a la escuela..... 06
- El padre de familia decide no mandar al NIÑO o mandarlo a
otro programa o sitio..... 07
- Otro motivo (Favor de especificar)..... 08
- No lo sé..... 99

59-60/

A5. Incluyendo a otros hijos (o nietos) que puedan haber participado en Head Start, ¿cuántos años ha participado usted en el programa de Head Start como (padre/ madre/abuelo/abuela/tutor principal)? Cuento únicamente los años en los cuales NIÑO/los niños estuvo/estuvieron matriculado/matriculados en Head Start.

(Suggested Probe):

¿Es éste el primero de sus niños que participa en Head Start? ___ años o ___ meses

69-70/

71-72/

B. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE HEAD START

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el programa de Head Start en el cual participa NIÑO.



B1. Basado en lo que ha ocurrido en Head Start durante el año pasado, ¿cuán satisfecho esto con lo que hace Head Start en cada una de las áreas siguientes?:

**IF “VERY OR SOMEWHAT DISSATISFIED” IS GIVEN AS A RESPONSE,
ASK THE FOLLOW-UP QUESTION, B2.**

B2. ¿Por qué no está satisfecho con su experiencia en Head Start respecto de (READ QUESTION MARKED “VERY OR SOMEWHAT DISSATISFIED”)?

B1.						B2.
¿Está satisfecho con la forma en que Head Start...	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Algo satisfecho	Muy satisfecho	No es aplicable o No lo sé	Si está muy o un tanto insatisfecho: ¿Por qué?
a. Contribuye al crecimiento y desarrollo de NIÑO <small>13-14/</small>	01	02	03	04	99	<small>15-16/</small>
b. Escucha sus ideas y acepta su participación <small>17-18/</small>	01	02	03	04	99	<small>19-20/</small>
c. Apoya y respeta las raíces y la cultura de su familia <small>21-22/</small>	01	02	03	04	99	<small>23-24/</small>
d. Identifica y brinda servicios necesarios para NIÑO: por ejemplo, visitas médicas, ayuda para el desarrollo del habla y del idioma <small>25-26/</small>	01	02	03	04	99	<small>27-28/</small>
e. Identifica los servicios que necesita su familia y ayuda a proveerlos: por ejemplo, asistencia pública, transporte o adiestramiento de trabajo <small>29-30/</small>	01	02	03	04	99	<small>31-32/</small>
f. Mantiene la seguridad del programa: por ej., zonas de recreo seguras, salones impios y ordenadas <small>33-34/</small>	01	02	03	04	99	<small>35-36/</small>
g. Prepara NIÑO para su ingreso a kindergarden <small>37-38/</small>	01	02	03	04	99	<small>39-40/</small>
h. Ayuda a su familia a participar más en los grupos activos de su comunidad <small>41-42/</small>			03	04	99	<small>43-44/</small>



B3. Ahora le voy a preguntar acerca de la experiencia de NIÑO y su experiencia personal en Head Start. Por favor indíqueme cuál de las respuestas describe mejor la experiencia de NIÑO y la suya en Head Start.

**IF "NEVER" IS GIVEN AS THE RESPONSE, ASK
THE FOLLOW-UP QUESTION, B4.**

B4. ¿Por qué se siente que (READ ITEM) no es nunca verdad?

B3.						B4.
READ LIST.	Nunca	A Veces	A menudo	Siempre	No lo sé	¿Por qué?
a. NIÑO se siente cómodo y seguro en Head Start <small>45-46/</small>	01	02	03	04	99	<small>47-48/</small>
b. Se le da mucha atención personal a NIÑO. <small>49-50/</small>	01	02	03	04	99	<small>51-52/</small>
c. El maestro de NIÑO es receptivo a información y aprendizaje nuevos <small>53-54/</small>	01	02	03	04	99	<small>55-56/</small>
d. NIÑO está contento en el programa. <small>57-58/</small>	01	02	03	04	99	<small>59-60/</small>
e. El maestro trata a NIÑO con ternura y afecto. <small>61-62/</small>	01	02	03	04	99	<small>63-64/</small>
f. Los maestros tratan a NIÑO con respeto. <small>65-66/</small>	01	02	03	04	99	<small>67-68/</small>
g. El maestro se interesa por NIÑO. <small>69-70/</small>	01	02	03	04	99	<small>71-72/</small>
h. NIÑO siente que el maestro lo acepta. <small>73-74/</small>	01	02	03	04	99	<small>75-76/</small>
i. El maestro lo/la apoya a usted en su tarea de padre/madre <small>77-78/</small>	01	02	03	04	99	<small>79-80/</small>
j. Usted es bien recibido por el maestro. <small>81-82/</small>	01	02	03	04	99	<small>83-84/</small>
k. El maestro soluciona asuntos de disciplina con facilidad, sin ser severo. <small>85-86/</small>	01	02	03	04	99	<small>87-88/</small>
l. El maestro parece estar contento y satisfecho. <small>89-90/</small>	01	02	03	04	99	<small>91-92/</small>

B3.						B4.
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">READ LIST.</div>						¿Por qué?
	Nunca	A Veces	A menudo	Siempre	No lo sé	
m. El ayudante/asistente del maestro trata a NIÑO con ternura y afecto. <small>93-94/</small>	01	02	03	04	99	<small>95-96/</small>

C. SUS ACTIVIDADES EN HEAD START



C1. Por favor, indique cuántas veces ha participado usted en las siguientes actividades en el centro de Head Start al cual asiste NIÑO, desde el comienzo de este año escolar de Head Start.

Para cada una de estas actividades, indíqueme si todavía no ha participado, si participó una o dos veces o tres o más veces.

¿Cuántas veces ha usted...	Todavía no	Una o dos veces	3 o más veces
a. Participado como voluntario o ayudado en el salón de NIÑO?	01	02	03 <small>13-14/</small>
b. Observado las actividades en del salón de NIÑO por lo menos durante 30 minutos?	01	02	03 <small>15-16/</small>
c. Preparado comida o materiales para actividades especiales tales como la celebración de un día feriado o un evento cultural especial?	01	02	03 <small>17-18/</small>
d. Ayudado en alguna excursión u otras actividades especiales?	01	02	03 <small>19-20/</small>
e. Asistido a las actividades sociales de Head Start, como por ejemplo bazares o ferias para los niños y sus familias?	01	02	03 <small>21-22/</small>
f. Asistido a reuniones o talleres para la educación de los padres/madres de familia, dedicados a temas tales como adiestramiento para el trabajo o la crianza de los niños?	01	02	03 <small>23-24/</small>
g. Asistido a conferencias de padres y maestros?	01	02	03 <small>25-26/</small>
h. Recibido a un empleado de Head Start de visita en su casa?	01	02	03 <small>27-28/</small>
i. Asistido a una actividad de Head Start en compañía de su cónyuge o pareja?	01	02	03 <small>29-30/</small>
j. Asistido a un evento de Head Start con otra persona adulta?	01	02	03 <small>31-32/</small>
k. Participado en el Consejo de Normas Generales, en actividades relacionadas con la evaluación del programa u otros grupos de planificación de Head Start?	01	02	03 <small>33-34/</small>

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

¿Cuántas veces ha usted...	Todavía no	Una o dos veces	3 o más veces
l. Llamado por teléfono o visitado a otros padres de familia de Head Start por algún asunto relacionado con Head Start?	01	02	03 <small>35-36/</small>
m. Preparado o distribuido boletines de información, volantes u otros materiales de Head Start?	01	02	03 <small>37-38/</small>
n. Participado en actividades para recaudar fondos?	01	02	03 <small>39-40/</small>
o. Otras (Por favor descríbalas) _____ _____ _____ <small>43-44/</small>	01	02	03 <small>41-42/</small>



C2. Algunos padres/madres de familia tienen dificultades para participar en el programa Head Start de sus niños. Por favor, dígame si algunas de las cosas que enumeramos a continuación no le han permitido participar en el Programa Head Start de NIÑO tantas veces como le hubiera gustado hacerlo.

READ LIST.	NO	SÍ	
a. La necesidad de cuidar a los niños	01	02	<small>45-46/</small>
b. Su horario de trabajo interfiere	01	02	<small>47-48/</small>
c. Su horario escolar o de aprendizaje interfiere	01	02	<small>49-50/</small>
d. No tiene transporte	01	02	<small>51-52/</small>
e. No conoce a nadie en Head Start	01	02	<small>53-54/</small>
f. Se siente incómodo en Head Start	01	02	<small>55-56/</small>
g. Tiene problemas de salud que interfieren	01	02	<small>57-58/</small>
h. El maestro de NIÑO se muestra incómodo cuando hay padres/madres de familia en el salón	01	02	<small>59-60/</small>
i. Head Start no provee suficientes oportunidades para que usted pueda participar	01	02	<small>61-62/</small>
j. Ha tenido malas experiencias con Head Start en el pasado	01	02	<small>63-64/</small>
k. Se siente incómodo debido a diferencias de idioma o de cultura	01	02	<small>65-66/</small>

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

l. Le preocupa su seguridad en el camino a Head Start	01	02	67-68/
m. Necesita más apoyo de su cónyuge o de su pareja	01	02	69-70/
n. Otros motivos (Por favor especifíquelos) _____ _____7 3-74/	01	02	71-72/

D. ACTIVIDADES QUE SE LLEVEN A CABO CON SU NIÑO

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre usted y NIÑO cuando están en la casa.

D1. ¿Cuántas veces usted u otro familiar le *leyeron* a NIÑO en el curso de la semana pasada? Le parece que fue...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE

- Ninguna..... 01
- Una o dos veces..... 02
- Tres o más veces..... 03
- Todos los días..... 04

SKIP TO D2

13-14/

D1a. ¿Quién le leyó a NIÑO durante la semana pasada?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY

- Madre/Persona con el rol de madre..... 01 15-16/
- Padre/Persona con el rol de padre..... 02 17-18/
- Otra persona que vive en la casa..... 03 19-20/
- Otra persona que no vive en la casa 04 21-22/

D2. ¿Más o menos por cuánto tiempo le gusta a NIÑO que le lean? **PROBE:** ¿Más o menos cuántos minutos?

CODE 000 IF CHILD DOESN'T LIKE TO BE READ TO AT ALL.

___ ___ ___ minutos 23-25/



D3. Durante el curso de la semana pasada, ¿usted u otra persona de su familia hicieron algunas de las cosas que se enumeran a continuación con NIÑO? (READ LIST BELOW)

D4. SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuántas veces lo hicieron durante la semana pasada? ¿Diría usted que lo hicieron una o dos veces, tres o más veces?

D5. AFTER COMPLETING ALL OF D3 AND D4(a-k), ASK THE FOLLOWING FOR EACH ACTIVITY CODED "YES" IN D3: ¿Quién (READ ITEM)?

D3. En el curso de la semana pasada, ¿usted u otra persona de su familia ...	D4		D5						
	¿Cuántas veces?		¿Quién (READ ITEM)?						
	1-2	3+	Madre/ Persona que hace el papel de madre	Padre/ Persona que hace el papel de padre	Otra persona que vive en la casa	Otra persona que no vive en la casa			
	NO	SÍ							
a. ¿Le contó una historia a NIÑO? <small>26-27/</small>	01	02	1-2 <small>28/</small>	3+	01 <small>29-30/</small>	02 <small>143-144/</small>	03 <small>145-146/</small>	04 <small>147-148/</small>	
b. ¿Le enseñó las letras, alguna palabra o los números? <small>31-32/</small>	01	02	1-2 <small>33/</small>	3+	01 <small>34-35/</small>	02 <small>149-150/</small>	03 <small>151-152/</small>	04 <small>153-154/</small>	
c. ¿Le enseñó canciones u otra música? <small>36-37/</small>	01	02	1-2 <small>38/</small>	3+	01 <small>39-40/</small>	02 <small>155-156/</small>	03 <small>157-158/</small>	04 <small>159-160/</small>	
d. ¿Hizo con NIÑO algún trabajo de artesanía? <small>41-42/</small>	01	02	1-2 <small>43/</small>	3+	01 <small>44-45/</small>	02 <small>161-162/</small>	03 <small>163-164/</small>	04 <small>165-166/</small>	
e. ¿Jugó con los juguetes o jugó un juego dentro de la casa? <small>46-47/</small>	01	02	1-2 <small>48/</small>	3+	01 <small>49-50/</small>	02 <small>167-168/</small>	03 <small>169-170/</small>	04 <small>171-172/</small>	
f. ¿Jugó un juego o practicó un deporte o ejercicios físicos junto con NIÑO? <small>51-52/</small>	01	02	1-2 <small>53/</small>	3+	01 <small>54-55/</small>	02 <small>173-174/</small>	03 <small>175-176/</small>	04 <small>177-178/</small>	
g. ¿Llevó a NIÑO consigo para hacer diligencias como ir al correo, al banco o a la tienda? <small>56-57/</small>	01	02	1-2 <small>58/</small>	3+	01 <small>59-60/</small>	02 <small>179-180/</small>	03 <small>181-182/</small>	04 <small>183-184/</small>	
h. ¿Hizo participar a NIÑO en actividades domésticas como por ejemplo cocinar, limpiar, poner la mesa u ocuparse de un animal doméstico? <small>61-62/</small>	01	02	1-2 <small>63/</small>	3+	01 <small>64-65/</small>	02 <small>185-186/</small>	03 <small>187-188/</small>	04 <small>189-190/</small>	

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

D3. En el curso de la semana pasada, ¿usted u otra persona de su familia ...			D4		D5			
			¿Cuántas veces?		¿Quién (READ ITEM)? DO NOT READ CHOICES. CIRCLE ALL THAT APPLY.			
			1-2	3+	Madre/ Persona que hace el papel de madre	Padre/ Persona que hace el papel de padre	Otra persona que vive en la casa	Otra persona que no vive en la casa
i. ¿Conversó con NIÑO sobre los acontecimientos del día en Head Start?	66-67/	01 02	1-2 68/	3+	01 69-70/	02 191-192/	03 193-194/	04 195-196/
j. ¿Conversó con NIÑO sobre programas de TV o videos?	71-72/	01 02	1-2 73/	3+	01 74-75/	02 197-198/	03 199-200/	04 201-202/
k. ¿Jugó con NIÑO juegos que enseñan a contar, como por ejemplo cantar canciones con números o leer libros con números?	76-77/	01 02	1-2 78/	3+	01 79-80/	02 203-204/	03 205-206/	04 207-208/



D6. *En el curso del mes pasado, o sea desde (MONTH)(DAY), ¿alguien en su familia hizo con NIÑO algunas de las cosas que se enumeran a continuación?*

D7. **AFTER COMPLETING ALL OF D6(a-j), ASK THE FOLLOWING FOR EACH ACTIVITY CODED "YES":**
¿Quién (READ ITEM) con NIÑO?

D6.				D7.				
<p><i>En el curso del mes pasado, o sea desde (MONTH)(DAY), ¿alguien en su familia hizo con NIÑO algunas de las cosas que se enumeran a continuación?</i></p>				<p>[ASK ONLY AFTER COMPLETING ALL OF D6]</p> <p>¿Quién (READ ITEM) con NIÑO?</p> <p>[DO NOT READ CHOICES. CIRCLE ALL THAT APPLY. IF NOT MOTHER/ OR FATHER/, CLARIFY IF HOUSEHOLD OR NON-HOUSEHOLD MEMBER]</p>				
				NO	SÍ	Madre/ Persona que hace el rol de madre	Padre/ Persona que hace el rol de padre	Otra persona que vive en la casa
a.	¿Fueron a la biblioteca?	81-82/	01	02	01 83-84/	02 209-210/	03 211-212/	04 213-214/
b.	¿Fueron al cine?	85-86/	01	02	01 87-88/	02 215-216/	03 217-218/	04 219-220/
c.	¿Fueron al teatro, a un concierto u otro espectáculo en vivo?	89-90/	01	02	01 91-92/	02 221-222/	03 223-224/	04 225-226/
d.	¿Fueron de compras?	93-94/	01	02	01 95-96/	02 227-228/	03 229-230/	04 231-232/
e.	¿Fueron a una galería de arte, un museo o un sitio histórico?	97-98/	01	02	01 99-100/	02 233-234/	03 235-236/	04 237-238/
f.	¿Fueron a un jardín de juegos, al parque o hicieron un picnic?	101-102/	01	02	01 103-104/	02 239-240/	03 241-244/	04 243-244/
g.	¿Fueron al zoológico o a un acuario?	105-106/	01	02	01 107-108/	02 245-246/	03 247-248/	04 249-250/
h.	¿Conversaron con NIÑO sobre la historia de su familia o sus raíces étnicas?	109-110/	01	02	01 111-112/	02 251-254/	03 253-254/	04 255-256/
i.	¿Asistieron a una actividad patrocinada por un grupo de la comunidad, étnico o religioso?	113-114/	01	02	01 115-116/	02 257-258/	03 259-260/	04 261-264/
j.	¿Asistieron a un evento atlético o deportivo en el cual NIÑO no participó como jugador?	117-118/	01		01 119-120/	02 263-264/	03 265-266/	04 267-268/

D8. ¿Cuáles de las cosas que se enumeran a continuación tiene usted en su casa?

READ LIST.

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	
a. Libros infantiles	01	02	125-126/
b. Libros de tiras cómicas	01	02	127-128/
c. Revistas infantiles	01	02	129-130/
d. Revistas para adultos como por ejemplo Newsweek, People o Sports Illustrated.....	01	02	131-132/
e. Periódicos	01	02	133-134/
f. Catálogos	01	02	135-136/
g. Libros religiosos, como por ejemplo la Biblia o un libro de oraciones.....	01	02	137-138/
h. Diccionarios o enciclopedias	01	02	139-140/
i. Otros libros, como por ejemplo novelas, biografías o libros de temas que no son de ficción	01	02	141-142/

E. INCAPACIDADES

E1. ¿Tiene NIÑO algunas necesidades o incapacidades particulares, como por ejemplo, dificultades físicas, emocionales, de idioma, de audición, de aprendizaje u otras necesidades especiales?

- | | | | |
|----------------|----|-------------------|--------|
| No..... | 01 | SKIP TO F1 | |
| Sí..... | | 02 | |
| No lo sé | 99 | SKIP TO F1 | 13-14/ |

E2. ¿Cómo describiría la necesidad o necesidades particulares de NIÑO? PROBE: ¿Alguna otra?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- | | | |
|---|----|--------|
| Una incapacidad específica de aprendizaje | 01 | 15-16/ |
| Retardo mental..... | 02 | 17-18/ |
| Un defecto del habla..... | 03 | 19-20/ |
| Un impedimento de idioma..... | 04 | 21-22/ |
| Un trastorno emocional/de conducta..... | 05 | 23-24/ |
| Sordera..... | 06 | 25-26/ |
| Otro tipo de impedimento auditivo | 07 | 27-28/ |
| Ceguera..... | 08 | 29-30/ |
| Otro tipo de impedimento visual..... | 09 | 31-32/ |
| Un impedimento ortopédico..... | 10 | 33-34/ |
| Otro tipo de incapacidad en el campo de la salud y que
perdure seis meses o más..... | 11 | 35-36/ |
| Autismo..... | 12 | 37-38/ |
| Lesión traumática del cerebro..... | 13 | 39-40/ |
| Retardo no categórico del desarrollo..... | 14 | 41-42/ |
| Otro tipo de impedimento (Por favor, especifique)..... _{47-48/} | 15 | 43-44/ |
| No lo sé..... | 99 | 45-46/ |

E3. Esta necesidad o incapacidad particular, ¿fue diagnosticada por un profesional después de que NIÑO ingresó en Head Start?

- | | | |
|----------|----|--------|
| No | 01 | 91-92/ |
| Sí | 02 | |

E4. La/las incapacidad(es) que sufre NIÑO, ¿afectan su capacidad para aprender?

- | | | |
|----------------|----|--------|
| No..... | 01 | 49-50/ |
| Sí..... | 02 | |
| No lo sé | 99 | |

E5. Usted, u otro familiar, ¿participaron en el desarrollo de un Plan de Educación Individual (PEI) para NIÑO?

SHOW PARENT A COPY OF AN IEP USED BY PROGRAM.

- | | | |
|--------------|----|--------------------|
| No..... | 01 | 51-52/ |
| Sí..... | 02 | SKIP TO E7 |
| No Sabe..... | 99 | SKIP TO E10 |

E6. ¿Por qué no? _____

53-54/

SKIP TO F1

[Suggested probe]: ¿Se le dio la oportunidad de participar?]

E7. ¿Sabe usted si NIÑO recibe...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|---|----|--------|
| Pocos o ninguno de los servicios identificados en el PEI..... | 01 | 57-58/ |
| Algunos de los servicios | 02 | |
| La mayor parte de los servicios, o..... | 03 | |
| Todos los servicios identificados en el PEI..... | 04 | |
| No lo sé..... | 99 | |

E8. ¿Estuvo usted satisfecho con la calidad de esos servicios? ¿Estuvo...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- Muy insatisfecho 01
- Un tanto insatisfecho 02
- Un tanto satisfecho 03
- Muy satisfecho 04
- No lo sé 99

55-56/

E9. ¿Hasta qué punto fue útil Head Start para . . .

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	<u>Nada útil</u>	<u>Un poco útil</u>	<u>Útil</u>	<u>Muy útil</u>	<u>No lo sé</u>	
a. Ayudarle para que se comunicara con otras escuelas y agencias y con conocimientos de los recursos existentes para satisfacer las necesidades particulares de NIÑO	01	02	03	04	99	61-62/
b. Ayudarle para que pudiera satisfacer mejor las necesidades particulares de NIÑO en la casa: por ejemplo, proporcionándole la dieta y el programa de ejercicios físicos adecuados, la continuación de la terapia recomendada y así sucesivamente	01	02	03	04	99	63-64/

E10. ¿Recibe NIÑO servicios para su incapacidad o incapacidades de...

READ LIST.

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO LO</u> <u>SÉ</u>	
a. Su distrito escolar local?	01	02	99	65-66/
b. Alguna agencia estatal o local para la salud o de servicios sociales?	01	02	99	67-68/
c. Un médico o una clínica?	01	02	99	69-70/
d. Head Start?				
d. Alguna otra fuente (Por favor, especifíquela)? _____ ^{73-74/}	01	02	99	71-72/

E11. ¿ Tienen incapacidades todos los niños que comparten el cuarto o el grupo en el que se encuentra su NIÑO o bien pertenece NIÑO a un grupo mixto con algunos niños con incapacidades y otros sin incapacidades?

Todos.....	01	SKIP TO E13	83-84/
Mixto.....	02		
No lo sé.....	99	SKIP TO E13	

E12. En general, ¿pasa NIÑO todo el día en Head Start dentro del grupo mixto o a veces deja el grupo para recibir servicios o instrucción por separado?

Pasa todo el tiempo en el grupo mixto.....	01		85-86/
A veces deja el grupo mixto.....		02	
No lo sé.....		99	

E13. ¿Cree usted que existen áreas o maneras en las cuales el programa Head Start podría mejorar la calidad de los servicios que provee a los niños con necesidades particulares y a sus familias?

No.....	01	SKIP TO F1	87-88/
Sí.....	02		

E14. ¿De qué manera? _____^{89-90/}

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

F. LAS ACTIVIDADES DE SU NIÑO

Las preguntas que le formulamos a continuación se refieren a determinadas cosas que distintos niños hacen a edades diferentes. Estas cosas podrán corresponder o no con NIÑO.

F1. ¿Puede NIÑO reconocer...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|---|----|--------|
| Todas las letras del alfabeto?..... | 01 | 13-14/ |
| La mayoría de las letras del alfabeto?..... | 02 | |
| Algunas de las letras del alfabeto o..... | 03 | |
| Ninguna de las letras del alfabeto?..... | 04 | |

F2. ¿Hasta qué número puede contar NIÑO? Diría usted que...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|------------------------|----|--------|
| No puede..... | 01 | 15-16/ |
| Hasta cinco..... | 02 | |
| Hasta diez..... | 03 | |
| Hasta veinte..... | 04 | |
| Hasta cincuenta o..... | 05 | |
| Hasta 100 o más..... | 06 | |

F3. ¿Cuántos números por escrito puede reconocer NIÑO? _____ números 17-18/

F4. Si NIÑO tuviera un grupo de bloques, ¿cuál es el número más alto que NIÑO le puede decir que tiene?
_____ número más alto 19-21/

F5. ¿Puede NIÑO abotonarse la ropa?

No	01	22-23/
Sí.....	02	

F6. ¿Sabe NIÑO sostener un lápiz en forma correcta?

No	01	24-25/
Sí.....	02	

F7. ¿Cuán a menudo le gusta a NIÑO escribir o jugar a que escribe?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Nunca.....	01	26-27/
Lo hizo una o dos veces.....	02	
A veces.....	03	
A menudo.....	04	
No lo sé.....	99	

F8. Mayormente, ¿NIÑO escribe o dibuja en vez de hacer garabatos?

No.....	01	28-29/
Sí.....	02	

F9. ¿Sabe NIÑO escribir su nombre, aunque algunas letras están alrevez?

No.....	01	30-31/
Sí.....	02	
No lo sé.....	99	

F10. ¿Tropieza, se tambalea o se cae con facilidad?

No..... 01 32-33/
Sí..... 02

F11. Cuando NIÑO habla, ¿puede un extraño entender lo que dice?

No..... 01 34-35/
Sí..... 02

F12. ¿Empezó NIÑO a hablar más tarde que otros niños que usted conoce?

No..... 01 36-37/
Sí..... 02

F13. ¿Tartamudea o balbucea ?

No..... 01 38-39/
Sí.....02

F14. Algunas veces, ¿NIÑO mira un libro ilustrado y juega que lo está leyendo?

No..... 01 **SKIP TO F16** 40-41/
Sí..... 02

F15. Cuando NIÑO juega que está leyendo un libro y se pone a contar la historia, ¿da la impresión de ser una historia o describe cada ilustración por separado, sin mucha relación entre ellas?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Da la impresión de ser una historia	01	42-43/
Describe cada ilustración por separado.....	02	
Hace ambas cosas.....	03	

F16. ¿Reconoce NIÑO su nombre al verlo escrito?

No.....	01	44-45/
Sí.....	02	
No lo sé.....	99	

F17. ¿Puede identificar NIÑO los colores rojo, amarillo, azul y verde por sus nombres? Diría usted que identifica...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Todos ellos.....	01	46-47/
Algunos de ellos o.....	02	
Ninguno de ellos.....	03	

G. LA CONDUCTA DE SU NIÑO



G1. En general, teniendo en mente a NIÑO ahora y durante el curso del mes pasado, dígame si las preguntas que enumeramos a continuación describen la conducta *acostumbrada* de NIÑO: para cada pregunta, dígame si es muy cierto o cierto a menudo, a veces o un tanto cierto o si no es cierto.

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	Muy cierto o cierto a menudo	A veces o un tanto cierto	No es cierto	
a. ¿Hace amigos con facilidad?	01	02	03	13-14/
b. ¿Le gusta aprender?	01	02	03	15-16/
c. ¿Tiene berrinches o rabietas o se enfada con facilidad?	01	02	03	17-18/
d. ¿No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo?	01	02	03	19-20/
e. ¿Es muy inquieto y se agita con frecuencia?	01	02	03	21-22/
f. ¿Le gusta probar cosas nuevas?	01	02	03	23-24/
g. ¿Demuestra tener imaginación en su trabajo y sus juegos?	01	02	03	25-26/
h. ¿Está descontento, triste o deprimido?	01	02	03	27-28/
i. ¿Tiende a consolar o ayudar a otros?	01	02	03	29-30/
j. ¿Pelea y da golpes a los demás?	01	02	03	31-32/
k. ¿Se preocupa por las cosas mucho tiempo?	01	02	03	33-34/
l. ¿Acepta las ideas de los amiguitos al compartir y al jugar juntos?	01	02	03	35-36/
m. ¿No se lleva bien con otros niños?	01	02	03	37-38/
n. ¿Quiere que le digan que está haciendo las cosas bien?	01	02	03	39-40/
o. ¿Se siente inferior y sin valor?	01	02	03	41-42/
p. ¿Le resulta difícil cambiar de una actividad a otra?	01	02	03	43-44/
q. ¿Está nervioso, agitado o tenso?	01	02	03	45-46/
r. ¿Actúa como si fuera menor de su edad?	01	02	03	47-48/
s. ¿Es desobediente en la casa?	01	02	03	49-50/

H. LA PREPARACIÓN PARA EL JARDÍN DE INFANTES

H1. ¿Adónde irá a la escuela NIÑO el próximo año escolar? ...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- Volverá al programa Head Start..... 01 **SKIP TO I1**
- Irá a un programa preparatorio para el jardín de infantes..... 02
- Asistirá al kindergarden 03
- Asistirá a un programa preescolar en otra escuela..... 04
- No asistirá a ninguna escuela..... 05 **SKIP TO I1**
- No lo sé..... 99 **SKIP TO I1**

13-14/

14-34/B

H2. ¿Cómo se llama la escuela a la cual asistirá NIÑO el año próximo?_____

35-65/

I. LAS REGLAS DE LA CASA

Ahora desearía hacerle algunas preguntas sobre las reglas establecidas en la casa y la forma en la cual se establecen límites

11. En su casa, ¿existen reglas o rutinas respecto de. . .

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	NO	SÍ	No es Aplicabl e	
a. ¿Qué programas de televisión puede mirar NIÑO?	01	02	03	13-14/
b. ¿Cuántas horas puede mirar televisión NIÑO?	01	02	03	15-16/
c. ¿Qué tipos de alimentos come NIÑO?	01	02	03	17-18/
d. ¿A qué hora debe acostarse NIÑO?	01	02	03	19-20/
e. ¿Qué tareas debe llevar a cabo NIÑO en la casa?	01	02	03	21-22/

12. A veces los niños obedecen y a veces no obedecen. ¿Le dio palmadas o nalgadas a NIÑO durante la semana pasada porque él fue desobediente?

No.....
Sí.....

01 **SKIP TO 14**
02

23-24/

13. ¿Más o menos cuántas veces durante la semana pasada?

___ número de veces

25-26/

14. ¿En el curso de la semana pasada utilizó el método de hacerle tomar un tiempo de descanso o de mandar al NIÑO a su cuarto, porque NIÑO fue desobediente?

No.....
Sí.....

01 **SKIP TO 16**
02

27-28/

15. ¿Más o menos cuántas veces en el curso de la semana pasada? _____ número de veces 29-30/
16. Si NIÑO tiene un berrinche en un lugar público como por ejemplo el supermercado, ¿qué hace usted? **PROBE**
“ESO NO OCURRE NUNCA”: Si eso ocurriera, ¿qué haría usted?
PROBE: ¿Algo más?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- | | | |
|---|----|--------|
| Ignorarlo..... | 01 | 31-32/ |
| Cargar a NIÑO en brazos y se va del lugar..... | 02 | 33-34/ |
| Irse esperando que NIÑO lo siga..... | 03 | 35-36/ |
| Hablarle a NIÑO..... | 04 | 37-38/ |
| Amenazar con quitarle dulces o privilegios..... | 05 | 39-40/ |
| Gritarle al NIÑO | 06 | 41-42/ |
| Darle palmadas a NIÑO..... | 07 | 43-44/ |
| Darle una bofetada o sacudirlo..... | 08 | 45-46/ |
| Amenazar con "tiempo de descanso" cuando regresen a la casa..... | 09 | 47-48/ |
| Amenazar con algún otro castigo cuando regresen a la casa..... | 10 | 49-50/ |
| Amenazar a NIÑO con decírselo a otro adulto que vive en la casa.... | 11 | 51-52/ |
| Tratar de calmar a NIÑO..... | 12 | 65-66/ |
| Darle el gusto para que acabe con el berrinche..... | 13 | 67-68/ |
| Otra solución (Por favor, especifíquela)..... | 14 | 53-54/ |

17. ¿Le ha enseñado Head Start nuevas maneras de disciplinar a NIÑO o de establecer límites?
 No 01 **SKIP TO J1**
 Sí..... 02 57-58/

18. ¿Podría darme algunos ejemplos?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- | | | |
|--------------------------------|----|--------|
| Usar “tiempo de descanso”..... | 01 | 59-60/ |
| Ignorar el berrinche..... | 02 | 61-62/ |
| Hablarle a NIÑO..... | 03 | 63-64/ |

Refuerzo positivo.....	04	65-66/
Otra solución (Por favor, especifíquela)_____69-70/.....	05	67-68/

J. USTED Y SU FAMILIA

Ahora desearía hacerle algunas preguntas sobre usted y su familia.

J1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____ / _____ / _____ 13-18/
Mes Día Año

J2. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltera/soltero, no se casó nunca.....	01	19-20/
Casada.....	02	
Separada.....	03	
Divorciada.....	04	
Viuda.....	05	

J3. *Incluyéndose a sí mismo*, ¿cuántos adultos de 18 años o más de edad viven en su casa? _____ 21-22/
 _____ número de adultos

J4. *Incluyendo a NIÑO*, ¿cuántos niños de 17 años o menores viven en su casa? _____ número de niños 23-24/

J5. Hágame el favor de decirme el primer nombre de cada una de las personas que viven en su casa.
PROBE: ¿Hay alguien más que viva en su casa?

			Si es menor de 25 años:	Si es mayor de 15 años:	
J5. Primer nombre	J6. ¿Cuál es el parentesco de NAME con NIÑO? (vea los códigos más abajo)	J7. ¿Qué edad tiene NAME ?	J8. ¿Está esta persona o ha estado alguna vez inscrita en Head Start o en Early Head Start? 01=No 02=Sí 90= No es aplicable 99= No lo sé	J9. ¿Tiene trabajo [NAME]? 01=No 02=Sí 90=No es aplicable 99=No lo sé	J10. ¿Tiene [NAME] diploma de la escuela secundaria o GED? 01=No, todavía va a la escuela 02=No va a la escuela 03=Sí, tiene diploma 04=Sí, tiene GED 90=No es aplicable 99=No lo sé
a. (NIÑO)		25-27/			
b. (Persona entrevistada)		30-32/			
c.	37-38/	39-41/	42-43/	44-45/	46-47/
d.	48-49/	50-52/	53-54/	55-56/	57-58/
e.	59-60/	61-63/	64-65/	66-67/	68-69/
f.	70-71/	72-74/	75-76/	77-78/	79-80/
g.	81-82/	83-85/	86-87/	88-89/	90-91/
h.	92-93/	94-96/	97-98/	99-100/	101-102/
i.	103-104/	105-107/	108-109/	110-111/	112-113/
j.	114-115/		119-120/	121-122/	123-124/

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

CÓDIGOS CORRESPONDIENTES AL PARENTESCO:

01=Madre	07=Bisabuela	13=Madre de crianza
02=Padre	08=Bisabuelo	14=Padre de crianza
03=Madrastra	09=Hermana/Hermanastra	15=Otra persona no emparentada (mujer)
04=Padrastro	10=Hermano/Hermanastro	16=Otra persona no emparentada (hombre)
05=Abuela	11=Otro tipo de pariente natural o político (mujer)	17=Pareja de padre/madre de familia (mujer)
06=Abuelo	12=Otro tipo de pariente natural o político (hombre)	18=Pareja de padre/madre de familia (hombre)
		99=No lo sé/no quiero responder

INTERVIEWER: IF MOTHER IS RESPONDENT SKIP TO J18

IF MOTHER IS NOT RESPONDENT AND

NOT IN HOUSEHOLD..... GO TO J11

IN HOUSEHOLD..... SKIP TO J16

125-126/B

J11. ¿Vive la madre de NIÑO a una hora de distancia en carro de la residencia de NIÑO?

No.....	01	127-128/
Sí.....	02	
La madre falleció.....	03	Ask J14-J15a, then Skip to J18
No lo sé.....	99	

J12. ¿Contribuye financieramente la madre a mantener a NIÑO?

No.....	01	151-152/
Sí.....	02	
No lo sé.....	99	

J13. ¿Con cuánta frecuencia ve NIÑO a su madre? La ve...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|------------------------------|----|----------|
| Raramente o nunca..... | 01 | 153-154/ |
| Varias veces por año..... | 02 | |
| Varias veces por mes..... | 03 | |
| Varias veces por semana..... | 04 | |
| Todos los días..... | 05 | |
| No lo sé..... | 99 | |

REMINDER -- IF MOTHER IS DECEASED, ASK J14-J15A THEN SKIP TO J18

J14. ¿Hay alguna otra persona que sea como una madre para NIÑO?

- | | | |
|----------|----|--------------------|
| No | 01 | SKIP TO J16 |
| Sí..... | 02 | 155-156/ |

J15. ¿Quién es esa persona?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|--|----|--------------------|
| La persona entrevistada..... | 01 | 157-158/ |
| El (cónyuge/la pareja) de la persona entrevistada,
que vive en la casa,..... | 02 | |
| El (cónyuge/la pareja) de la persona entrevistada, que
no vive en la casa,..... | 03 | SKIP TO J16 |
| Un pariente de NIÑO que vive en la casa,..... | 04 | |
| Un pariente de NIÑO que no vive en la casa | 05 | SKIP TO J16 |
| Un amigo de la familia que vive en la casa o..... | 06 | |

Un amigo de la familia que no vive en la casa..... 07 **SKIP TO J16**

ENTER THE PERSON "LETTER" FROM GRID ON PAGE 28 (QUESTION J5) BELOW.

J15a. _____ person letter from J5 grid page 28

159/

J16. ¿Cuál es el grado o año escolar regular más alto que haya completado la madre de NIÑO?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE..

- Ninguna educación regular..... 00
- Menos del octavo grado..... 07
- Octavo grado..... 08
- Noveno grado..... 09
- Décimo grado..... 10
- Undécimo..... 11
- Duodécimo grado..... 12
- Diploma de escuela secundaria..... 13
- GED 14
- Algunos cursos universitarios..... 15
- Grado Asociado..... 16
- Bachillerato..... 17
- Diploma de Escuela Graduada..... 18
- No lo sé..... 99

332-333/

J17. Actualmente, ¿está la madre trabajando, estudiando, en un programa de adiestramiento o está haciendo alguna otra cosa?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

Trabajando.....	01	131-132/
IF YES: ¿Cuál es su ocupación? _____		338-339/
Desempleada.....	02	133-134/
Está buscando trabajo.....	03	135-136/
Suspendida del empleo (laid off).....	04	137-138/
Está estudiando o en un programa de aprendizaje.....	05	139-140/
En la cárcel o prisión.....	06	141-142/
En el Servicio Militar.....	07	143-144/
Está haciendo alguna otra cosa (Por favor, especifique qué) _____	08	145-146/
No lo sé.....	99	149-150/

INTERVIEWER: IF FATHER IS RESPONDENT SKIP TO J25

IF FATHER IS NOT RESPONDENT AND

NOT IN HOUSEHOLD..... GO TO J18

IN HOUSEHOLD..... SKIP TO J23

J18. ¿Vive el padre de NIÑO a una hora de distancia en carro de la residencia de NIÑO?

No.....	01	334-335/
Sí.....	02	
El padre falleció.....	03	Ask J21-J22a, then Skip to J25
No lo sé.....	99	

J19. ¿Contribuye financieramente el padre a mantener a NIÑO?

No.....	01	186-187/
Sí.....	02	
No lo sé.....	99	

J20. ¿Con cuánta frecuencia ve NIÑO a su padre? Lo ve...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Raramente o nunca.....	01	188-189/
Varias veces por año.....	02	
Varias veces por mes.....	03	
Varias veces por semana.....	04	
Todos los días.....	05	
No lo sé.....	99	

REMINDER -- IF FATHER IS DECEASED, ASK J21-J22A, THEN SKIP TO J25

J21. ¿Hay otra persona que sea como un padre para NIÑO?

No	01	SKIP TO J23
Sí.....	02	190-191/

J22. ¿Quién es esa persona?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

La persona entrevistada.....	01	192-193/
El (cónyuge/la pareja) de la persona entrevistada, que vive en la casa,.....	02	
El (cónyuge/la pareja) de la persona entrevistada, que no vive en la casa,.....	03	SKIP TO J23
Un pariente de NIÑO que vive en la casa,	04	
Un pariente de NIÑO que no vive en la casa	05	SKIP TO J23
Un amigo de la familia que vive en la cas, o.....	06	
Un amigo de la familia que no vive en la casa.....	07	SKIP TO J23

ENTER THE PERSON "LETTER" FROM GRID ON PAGE 28 (QUESTION J5) BELOW.

J22a. ___ person letter from J5 grid page 28

194/

J23. ¿Cuál es el grado o año escolar regular más alto que haya completado el padre de NIÑO?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Ninguna educación regular.....	00	336-337/
Menos del octavo grado.....	07	
Octavo grado.....	08	
Noveno grado.....	09	
Décimo grado.....	10	
Undécimo.....	11	
Duodécimo grado.....	12	
Diploma de escuela secundaria.....	13	
GED	14	
Algunos cursos universitarios.....	15	
Grado Asociado.....	16	
Bachillerato	17	
Diploma de Escuela graduada.....	18	
No Sabe.....	99	

J24. Actualmente, ¿está el padre trabajando, estudiando, en un programa de adiestramiento, o está haciendo alguna otra cosa?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

Trabajando.....	01	166-167/
IF YES: ¿Cuál es su ocupación? _____		340-341/
Desempleada.....	02	168-169/
Está buscando trabajo.....	03	170-171/
Suspendido del empleo (laid off).....	04	172-173/
Está estudiando o en un programa de aprendizaje.....	05	174-175/
En la cárcel o prisión.....	06	176-177/
En el Servicio Militar.....	07	178-179/
Está haciendo alguna otra cosa (Por favor, especifique qué) _____ ^{182-183/}	08	180-181/
No lo sé.....	99	184-185/

J25. ¿Está preparándose actualmente para obtener algún tipo de certificado, diploma o título?

No.....01 **SKIP TO J27**
Sí.....02

269-270/

J26. ¿Qué tipo de certificado, diploma o título?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Licencia o certificado vocacional.....01
Certificado de GED (o su equivalente).....02
Diploma de escuela secundaria..... 03
Gradp Asociado..... 04
CDA (Diploma de Asociado en Desarrollo Infantil)..... 05
Bachillerato.... 06
Título de Escuela Graduada.....07
Otro tipo (Por favor, especifíquelo)..... 08

271-272/

273-274/

J27. ¿Ha usted completado un certificado, diploma o título desde (MONTH OF FALL INTERVIEW)?

No..... 01 **SKIP TO J29**
Sí..... 02

342-343/

J28. ¿Qué tipo de certificado, diploma o título?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|---|----|---------------|
| Licencia o certificado vocacional..... | 01 | 344-345/ |
| Certificado de GED (o su equivalente)..... | 02 | |
| Diploma de escuela secundaria..... | 03 | |
| Grado Asociado..... | 04 | |
| CDA (Diploma de Asociado en Desarrollo Infantil)..... | 05 | |
| Bachillerato | 06 | |
| Título de Escuela Graduada..... | 07 | |
| Otro tipo (Por favor, especifíquelo)_____ | 08 | 346-347/..... |

J29. ¿Cuál es el idioma que se habla con mayor frecuencia en su casa?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|---|----|---------------|
| Inglés..... | 01 | 197-198/ |
| Francés..... | 02 | |
| Español..... | 03 | |
| Camboyano (Kmer)..... | 04 | |
| Chino..... | 05 | |
| Creole de Haití..... | 06 | |
| Hmong..... | 07 | |
| Japonés..... | 08 | |
| Coreano..... | 09 | |
| Vietnamita..... | 10 | |
| Árabe..... | 11 | |
| Otro idioma (Por favor, especifíquelo)_____ | 12 | 219-220/..... |

K. EMPLEO E INGRESOS

Ahora desearía hacerle algunas preguntas sobre las fuentes de los ingresos en su casa. Esta información se mantendrá secreta y no se la comunicará a ninguna agencia ni tampoco a Head Start.

K1. ¿Gana usted algún dinero de un puesto o puestos, incluyendo su cuenta propia?

No..... 01

SKIP TO K5 Sí.....

02 13-14/

K2. ¿Cuántos puestos(trabajos) tiene usted actualmente? __trabajos 15/

INTERVIEWER: IF MORE THAN 3 JOBS, ASK FOR JOBS WORKED MOST HOURS.

REPEAT K3 AND K4 FOR UP TO THREE JOBS MENTIONED.

RECORD IN SPACE BELOW QUESTIONS.

K3.

¿Qué es lo que hace en (este puesto/su primer puesto/su segundo puesto/su tercer puesto)?
[Record answer below]

K4. ¿Es este puesto a tiempo completo o de 30 o más horas por semana a tiempo parcial o de menos de 30 horas por semana o temporall u ocasional, únicamente durante ciertos periodos del año?

<u>K3.</u>	<u>K4.</u>			
DESCRIPCIONES DE LOS EMPLEOS	TIPOS DE EMPLEOS			
	<u>Temporall</u>	<u>A tiempo completo</u>	<u>A tiempo parcial</u>	
1. _____ _{16-17/}	01	02	03	18-19/
2. _____ _{20-21/}	01	02	03	22-23/
3. _____ _{24-25/}	01	02	03	26-27/

K5. En los últimos seis meses, ¿cuántos meses trabajó? ___ __ meses trabajados 28-29/

K6. ¿Está usted actualmente buscando (un/otro) trabajo?
 No.....01 30-31/
 Sí..... 02

K7. Sin contar a usted, ¿cuántos adultos contribuyen a los ingresos de su casa?
 ___ __ adultos 32-33/

K8. ¿Está cubierto NIÑO por un seguro de salud aparte de Medicaid, ya sea por su trabajo o por el trabajo de otro adulto empleado?
 No.....01 34-35/
 Sí..... 02

K9. ¿Recibe ayuda usted o cualquier otra persona que viva en su casa de cualquiera de las otras fuentes de ingresos o ayuda que enumeramos a continuación?

READ LIST		NO	SÍ
a. Bienestar Social (Welfare) (TANF)	36-37/	01	02
b. Seguro por desempleo	38-39/	01	02
c. Estampillas para alimentos (cupones)	40-41/	01	02
d. Programa especial de suplementos de la alimentación para mujeres, bebés y niños de WIC	42-43	01	02
NOTE: If Yes in d.: d1. ¿Recibe NIÑO beneficios de WIC?	44-45	01	02
e. Alimentos para NIÑO (por divorcio etc.)	46-47	01	02
f. SSI o SSDI	48-49	01	02
g. Jubilación del Seguro Social o beneficios para el Sobreviviente	50-51	01	02
h. Pago de dinero prestado por ejemplo a amigos, parientes etc.	52-53	01	02
i. Medicaid o asistencia médica	54-55	01	02
j. Pagos recibidos por proveer cuidados de madre o padre de crianza	56-57	01	02
k. Subsidio para la electricidad	58-59	01	02
l. Dinero dado a la familia	60-61	01	02

READ LIST	NO	SÍ
m. Becas para educación/asistencia para educación 62-63/	01	02
n. Otros tipos (Por favor, especifíquelos) _____ 64-65	01	02

COMPLETE TABLE (a - l). IF K9a AND K9c and K9d ARE all NO, THEN SKIP TO K11

K10. Para seguir recibiendo ayuda del bienestar social o asistencia pública, ¿es necesario que usted...

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	<u>No es aplicable</u>	
a. Asista a cursos de adiestramiento para el trabajo?	01	02	03	66-67/
b. Vaya a la escuela o a una clase de GED?	01	02	03	68-69/
c. Consiga un trabajo?	01	02	03	70-71/
d. Haga alguna otra cosa? (Por favor, especifique qué) _____	01	02	03	72-73/

IF YES TO ANY OF THE ABOVE, ASK K10A and K10B, OTHERWISE SKIP TO K11

K10a. ¿De qué manera han afectado su vida actual estos cambios o requisitos?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

Los cambios no tuvieron ningún efecto.....	01	129-130/
Es más difícil conseguir cuidado para los niños.....	02	131-132/
Es más difícil conseguir subsidios que me ayuden a pagar por el cuidado de los niños.....	03	133-134/
Los amigos o parientes que podrían ayudar no están disponibles porque están cumpliendo con sus requisitos de trabajo o de adiestramiento.....	04	135-136/
Necesito proveer más ayuda a la familia y/o amigos.....	05	137-138/
La necesidad de transporte ha aumentado.....	06	139-140/
Tengo menos tiempo para participar en Head Start.....	07	141-142/
Hay una reducción de otros beneficios.....	08	143-144/

Número de Aprobación de OMB: 0970-0151 Ex 06/2000

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

Otros efectos (Por favor, especifique cuáles)_____149-150/	09	145-146/
No sabe.....	99	147-148/

K10b. En el proceso de adaptación a estos cambios, ¿ha sido Head Start una ayuda o un problema para usted?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

Me ayudó a comprender los requisitos de la reforma del sistema de bienestar social.....	01	151-152/
Me ayudó para conseguir cuidado de los niños.....	02	153-154/
Me ayudó a conseguir la educación o adiestramiento que necesito....	03	155-156/
Me ayudó a encontrar trabajo.....	04	157-158/
Me ayudó a conseguir transporte.....	05	159-160/
Requiere demasiada participación.....	06	161-162/
Requiere mi participación en horarios que no me convienen.....	07	163-164/
Head Start no hizo nada.....	08	165-166/
Head Start no comprende los requisitos de la reforma del sistema de bienestar social.....	09	167-168/
Las sesiones de Head Start no son suficientemente largas.....	10	169-170/
Otras cosas (Por favor, especifíquelas).....	12	171-172/
No Sabe.....	99	173-174/

K11. Teniendo presente todas las fuentes de ingresos que usted me mencionó hace un momento, ¿cuál fue el ingreso total de su casa el mes pasado?

PROBE: Está bien que me diga la cantidad que cree correcta

FAMILIA.....	\$ _ , _ _ _	SKIP TO K13	76-79/
Me niego a contestar.....		98	SKIP TO K13
No lo sé.....		99	



K12. ¿Le parece que fue. . .

menos de \$250.....	01	80-81/
entre \$250 y \$500.....	02	
entre \$500 y \$1,000.....	03	
entre \$1,000 y \$1,500.....	04	
entre \$1,500 y \$2,000.....	05	
entre \$2,000 y \$2,500, o.....	06	
más de \$2,500?.....	07	
me niego a contestar.....	98	
No lo sé.....	99	

Las preguntas siguientes tienen que ver con el lugar en el cual viven usted y NIÑO.

K13. ¿En qué clase de vivienda vive usted? Vive en...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- Una casa, un apartamento o una casa rodante de su propiedad..... 01 **SKIP TO K14**
- Una casa, un apartamento o una casa rodante que comparte con otros..... 02
- Vivienda de transición 03 **SKIP TO K14**
- Un refugio para desamparados..... 04 **SKIP TO K14**
- O en algún otro lugar? (Por favor, especifíquelo)..... 05 **SKIP TO K14**

82-83/

K13a. ¿Cuánto tiempo hace que comparte la vivienda con otros? ___ ___ meses ó ___ ___ años
89-90/ 91-92/

K13b. ¿Por qué comparte la vivienda?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- No puedo pagar los gastos de vivir por mi cuenta/mis ingresos son bajos... 01 86-87/
- Para ayudar a pagar las cuentas/gastos..... 02
- Situación transitoria (construyendo una casa, etc.)..... 03
- Otra razón (Por favor, especifíquela).....04 88/B

K14. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos seis meses? ___ ___ veces que se mudó 93-94/

K15. ¿Vive usted actualmente en una vivienda pública o una vivienda subsidiada?

- No..... 01 95-96/
- Sí.....02

K16. Desde (MONTH OF LAST INTERVIEW), ¿ha estado sin vivienda o sin un sitio regular para vivir?

- No..... 01 **SKIP TO L1** 119-120/
- Sí..... 02

K17. ¿Le ayudó Head Start de alguna forma para solucionar este problema de vivienda? (IF YES) ¿De qué manera?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | | |
|--|----|-------------------|----------|
| No, no me ayudó..... | 01 | SKIP TO L1 | 121-122/ |
| Sí, me dio información o me refirió a alguien (por ej., con un llamado telefónico)..... | 02 | | |
| Sí, me ayudó para que yo pudiera conseguir el servicio (por ej., para llenar las solicitudes, proveyendo transporte o cuidado de los niños)..... | 03 | | |
| Sí, ayudó de alguna otra forma (Por favor, especifique cuál)_____123-124/..... | 04 | | |

K18. ¿Cuán útil le resultó esta ayuda? Fue...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | | |
|--------------------|----|----|----------|
| No fue útil,..... | 01 | | 125-126/ |
| Un poco útil,..... | 02 | | |
| Útil o..... | | 03 | |
| Muy útil?..... | | 04 | |

L. SERVICIOS DE LA COMUNIDAD

Las familias que tienen niños pequeños necesitan en ocasiones ayudas de distintos tipos. Ahora, me gustaría preguntarle si Head Start ha ayudado a su familia.

L1. ¿Llenó usted o alguna otra persona de su familia, un formulario de Evaluación de las Necesidades de la Familia por parte de Head Start, en el cual se le pidió que enumerara las necesidades particulares de su familia, sus intereses, sus objetivos, sus puntos fuertes, etc.?

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

No.....	01
Sí.....	02
No lo sé	99

13-14/

Ahora desearía hacerle algunas preguntas sobre las experiencias de su familia con distintas agencias comunitarias. Me gustaría conocer qué servicios ha estado necesitando su familia a partir del mes de septiembre.

FOR EACH ITEM, READ QUESTION ALONG THE TOP. IF (L2) IS YES ASK L3, IF (L3) IS YES ASK L4. MOVE ON TO NEXT ITEM.



	L2.		L3.		L4.
	No	Yes	No	Yes	
	A partir del mes de septiembre, ¿usted u otra persona de su familia necesitó...		IF YES IN L2: ¿Lo recibió?		IF YES IN L3: ¿Ayudó para ello Head Start de alguna manera? ¿Por qué no? o ¿Cómo? 01=No, ya los recibíamos 02=No, Head Start no prestó ninguna ayuda 03=No, conseguí el servicio por mi cuenta 04=Sí, nos refirieron al servicio 05=Sí, nos proveyeron directamente el servicio
	No	Yes	No	Yes	
	ASISTENCIA MEDIANTE INGRESOS				
a. Asistencia mediante ingresos: como servicio de bienestar social, SSI, seguro de desempleo	01 15-16/	02	01 17-18/	02	19-20/
b. Asistencia en forma de alimentos y nutrición: como cupones para alimentos o WIC	01 21-22/	02	01 23-24/	02	25-26/
c. Ayuda para la vivienda	01 27-28/	02	01 29-30/	02	31-32/
d. Ayuda para los servicios públicos (agua potable, agua caliente, calefacción, servicio telefónico)	01 33-34/	02	01 35-36/	02	37-38/
	ASISTENCIA MEDIANTE TRABAJO				
e. Adiestramiento para el trabajo y asistencia para conseguir empleo	01 39-40/	02	01 41-42/	02	43-44/

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

	L2.		L3.		L4.
	A partir del mes de septiembre, ¿usted u otra persona de su familia necesitó...		IF YES IN L2: ¿Lo recibió?		IF YES IN L3: ¿Ayudó para ello Head Start de alguna manera? ¿Por qué no? o ¿Cómo? 01=No, ya los recibíamos 02=No, Head Start no prestó ninguna ayuda 03=No, conseguí el servicio por mi cuenta 04=Sí, nos refirieron al servicio 05=Sí, nos proveyeron directamente el servicio
	No	Yes	No	Yes	
f. Asistencia para la educación: por ejemplo, GED, universidad, aprender a leer, inglés como segundo idioma	01 45-46/	02	01 47-48/	02	49-50/
g. Ayuda para conseguir transporte al trabajo o a un programa de aprendizaje	01 51-52/	02	01 53-54/	02	55-56/
h. Cuidado de NIÑO antes o después del día en Head Start	01 57-58/	02	01 59-60/	02	61-62/
i. Cuidado de otros niños en la casa	01 63-64/	02	01 65-66/	02	67-68/
ATENCION DE LA SALUD					
j. MEDICAID o nombre local de MEDICAID	01 69-70/	02	01 71-72/	02	73-74/
k. Atención médica o dental para NIÑO	01 75-76/	02	01 77-78/	02	79-80/
l. Atención médica o dental para adultos	01 81-82/	02	01 83-84/	02	85-86/
m. Tratamiento o asesoramiento para abuso de alcohol o drogas	01 87-88/	02	01 89-90/	02	91-92/
n. Servicios de salud mental	01 93-94/	02	01 95-96/	02	97-98/
SERVICIOS SOCIALES					

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

	L2.		L3.		L4.
	A partir del mes de septiembre, ¿usted u otra persona de su familia necesitó...		IF YES IN L2: ¿Lo recibió?		IF YES IN L3: ¿Ayudó para ello Head Start de alguna manera? ¿Por qué no? o ¿Cómo? 01=No, ya los recibíamos 02=No, Head Start no prestó ninguna ayuda 03=No, conseguí el servicio por mi cuenta 04=Sí, nos refirieron al servicio 05=Sí, nos proveyeron directamente el servicio
	No	Yes	No	Yes	
o. Ayuda legal	01 99-100/	02	01 101-102/	02	103-104/
p. Ayuda en casos de violencia familiar	01 105-106/	02	01 107-108/	02	109-110/
q. Ayuda para solucionar otros problemas de la familia	01 111-112/	02	01 113-114/	02	115-116/

M. CUIDADO DEL NIÑO

Ahora quisiera hablar de los servicios de cuidado de NIÑO que usted está usando **ahora mismo**. El cuidado de NIÑO no incluye el tiempo que éste pase en la clase de Head Start, pero puede incluir el cuidado de NIÑO en el centro de Head Start antes o después de la clase. Esto no incluye el cuidado de NIÑO que usted requiera para ciertas actividades sociales, como por ejemplo para que usted pueda salir de noche.

13-36/B

M1. ¿Asiste NIÑO a un servicio de cuidado infantil antes o después del horario de Head Start?

No..... 01 **SKIP TO N1** 37-38/
Sí..... 02

M2. ¿En cuántos servicios distintos de cuidado infantil pasa tiempo NIÑO cada semana?

__ __servicios 39-40/

M3. ¿Dónde se provee dicho servicio?

**IF MORE THAN ONE CHILD CARE ARRANGEMENT, ASK ABOUT PRIMARY ARRANGEMENT.
DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.**

- | | | |
|--|----|--------|
| En la casa de NIÑO, por parte de un pariente | 01 | 41-42/ |
| En la casa de NIÑO, por parte de una persona que
no está
emparentada..... | 02 | |
| En la casa de un
pariente..... | 03 | |
| En la casa de un amigo o de un vecino..... | 04 | |
| En un centro de cuidado
familiar..... | 05 | |
| En otro tipo de centro para el cuidado de los niños o
programa para el desarrollo infantil..... | 06 | |
| En Head Start (excluyendo el tiempo pasado en la clase)... | 07 | |
| En otros lugares (Por favor, especifíquelos)_____ 43-44/ | 08 | |

M4. Esa persona o ese sitio, ¿tiene licencia, certificado o está reglamentado?

- | | | |
|---------------|----|--------|
| No..... | 01 | 45-46/ |
| Sí..... | 02 | |
| No lo sé..... | 99 | |

M5. ¿Cuántas horas por semana usa este servicio? ___ __horas por semana 47-48/

M6. ¿Quién paga por este servicio?

READ LIST.

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

	NO	SÍ	
a. ¿Lo paga usted?	01	02	49-50/
b. ¿Lo paga una agencia gubernamental?	01	02	51-52/
c. ¿Lo paga un empleador?	01	02	53-54/
d. ¿Lo paga alguna otra persona?	01	02	55-56/
e. ¿Intercambia el servicio con alguna otra persona?	01	02	57-58/
f. ¿Es un servicio gratis? (PROBE for other categories)	01	02	59-60/
g. Otra cosa (Por favor, especifique)_____63-64/	01	02	61-62/



M7. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la experiencia de NIÑO en este servicio de cuidado. Por favor, déjeme saber cuál de las respuestas describe mejor la experiencia de NIÑO.

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	No lo sé	
a. NIÑO se siente a seguro en el cuidado	01	02	03	04	99	65-66/
b. Se le presta mucha atención personal.	01	02	03	04	99	67-68/
c. La persona que cuida a NIÑO está dispuesta a escuchar cosas nuevas y a aprender.	01	02	03	04	99	69-70/

N. ATENCIÓN DE LA SALUD PARA LA FAMILIA

N1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las necesidades de su familia en el campo de la atención de la salud. En general, ¿diría usted que la salud de NIÑO es:...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|--------------------------|----|--------|
| Excelente..... | 01 | 13-14/ |
| Muy buena..... | 02 | |
| Buena..... | 03 | |
| Relativamente buena..... | 04 | |
| Mala..... | 05 | |

N2. Desde (MONTH OF LAST INTERVIEW), ¿ha tenido NIÑO una enfermedad o trastorno que requiera atención regular y continuada?

- | | | |
|----------------|----|--------|
| No | 01 | 15-16/ |
| Sí | 02 | |
| No lo sé | 99 | |

N3. ¿Adónde va NIÑO para su atención médica **de rutina** o sea las visitas médicas regulares cuando NIÑO sano?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- | | | |
|---|----|--------|
| Un médico particular, una clínica particular o HMO..... | 01 | 23-24/ |
| Una clínica para pacientes externos administrada por un hospital..... | 02 | |
| La sala de emergencias de un hospital..... | 03 | |
| Centro del departamento de salud pública o de la comunidad..... | 04 | |
| Una clínica de la salud ambulatoria..... | 05 | |
| El <i>Indian Health Service</i> | 06 | |
| Otro tipo de servicio (Por favor, especifíquelo)..... _{25-26/} | 07 | |
| No lo sé..... | 99 | |

N4. ¿Lleva a NIÑO al mismo sitio si está enfermo o lastimado?

No	01	83-84/
Sí	01	

SKIP TO N6

N5. ¿Adónde va NIÑO para recibir atención médica cuando está enfermo o lastimado?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Un médico particular, una clínica particular o HMO.....	01	31-32/
Una clínica para pacientes externos administrada por un hospital.....	02	
La sala de emergencias de un hospital.....	03	
Centro del departamento de salud pública o de la comunidad.....	04	
Una clínica de salud ambulatoria.....	05	
La clínica dental <i>Indian Health Service</i>	06	
Otro tipo de servicio (Por favor, especifíquelo)_____33-34/.	07	
No lo sé.....	99	

N6. ¿Adónde va NIÑO para su atención dental?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

El niño todavía no a ido al dentista.....	01	35-36/
Un dentista particular, clínica privada o HMO.....	02	
Una clínica para pacientes dentales externos administrada por un hospital.....	03	
Una clínica del Departamento de Salud Pública o de la comunidad.....	04	
Una clínica dental ambulatoria.....	05	
Una clínica dental del <i>Indian Health Service</i>	06	
Otro tipo de servicio (Por favor, especifíquelo)_____37-38/	07	

No lo sé..... 99

N7. ¿Han mejorado los hábitos sanitarios de NIÑO en las siguientes áreas debido a la influencia de Head Start?

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	
a. Lavarse los dientes	01	02	39-40/
b. Lavarse las manos antes de comer	01	02	41-42/
c. Lavarse las manos después de ir al baño	01	02	43-44/
d. Comer alimentos nutritivos y saludables	01	02	45-46/
e. Hacer ejercicios y mantenerse sano	01	02	47-48/

N8. ¿Diría usted que su propio estado de salud es excelente, muy bueno, bueno, no muy bueno o malo?

CIRCLE ONE RESPONSE.

Excelente.....	01	49-50/
Muy bueno.....	02	
Bueno.....	03	
No muy bueno	04	
Malo.....	05	

N9. ¿Sufre usted actualmente de un trastorno o problema de salud que le impida trabajar en un empleo o comercio?

No.....	01	51-52/
Sí.....	02	

SKIP TO N11

- N10. ¿Se encuentra limitado en cuanto al tipo o cantidad de trabajo que pueda hacer, debido a un trastorno o problema de salud?
- No..... 01 53-54/
- Sí..... 02
- N11. ¿Hay alguna persona que vive en su casa, aparte de NIÑO, que tenga una enfermedad o trastorno que requiera atención médica regular y continuada?
- No 01 55-56/
- Sí..... 02

N12. ¿Adónde va para obtener atención médica **de rutina**?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- El mismo lugar adonde va NIÑO 01 59-60/
- Un médico particular, una clínica particular o HMO..... 02
- Una clínica para pacientes externos administrada por un hospital..... 03
- La sala de emergencias de un hospital..... 04
- Centro del departamento de salud pública o de la comunidad..... 05
- Una clínica de salud ambulatoria..... 06
- El *Indian Health Service*..... 07
- Otro tipo de servicio (Por favor, especifíquelo)..... 08
- No lo sé..... 99

N13. ¿Han mejorado sus hábitos sanitarios en las siguientes áreas debido a la influencia de Head Start?

READ LIST.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	
a. Hace ejercicios físicos más frecuentemente	01	02	69-70/
b. Come alimentos más nutritivos y saludables	01	02	71-72/
c. Se lava los dientes más regularmente	01	02	73-74/
d. Se coloca el cinturón de seguridad más frecuentemente	01	02	75-76/
e. Está mejorando la seguridad en su casa	01	02	77-78/

N14. ¿Hay alguien en su casa que fuma regularmente cigarrillos?

No	01	67-68/
Sí	02	
Me niego a contestar.....	98	

N15. En el curso del año pasado, ¿ha habido alguien en su casa con un problema de exceso de alcohol?

No	01	79-80/
Sí.....	02	
Me niego a contestar.....	98	

N16. En el curso del año pasado, ¿ha habido alguien en su casa con un problema de adicción a las drogas?

No	01	81-82/
Sí.....	02	
Me niego a contestar.....	98	

O. GRADO DE SEGURIDAD EN LA CASA



O1. Por favor, dígame si cumple con ciertas prácticas de seguridad. Acaso...

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No es aplicable	No lo sé	
a. Usa un asiento de seguridad o un cinturón de seguridad para NIÑO cuando está en el carro	01	02	03	04	05	99	13-14/
b. Conserva sus medicamentos en envases a prueba de NIÑOS y fuera del alcance de los niños	01	02	03	04	05	99	15-16/
c. Tiene por lo menos un detector de humo en su casa, con batería que funciona	01	02	03	04	05	99	17-18/
d. Conserva los productos de limpieza fuera del alcance de los niños y/o en armarios cerrados con llave	01	02	03	04	05	99	19-20/
e. Mantiene un equipo de primeros auxilios en su casa	01	02	03	04	05	99	21-22/
f. Conserva junto al teléfono el número del centro de control de venenos y otros números de emergencia	01	02	03	04	05	99	23-24/
g. Supervisa a NIÑO al cruzar la calle o si éste anda en triciclo o bicicleta cerca de una zona de tráfico	01	02	03	04	05	99	25-26/
h. Conserva fósforos y encendedores fuera del alcance de los niños	01	02	03	04	05	99	27-28/
i. Supervisa a NIÑO cuando éste está en la bañera	01	02	03	04	05	99	29-30/
j. Conserva las armas de fuego bajo llave	01	02	03	04	05	99	31-32/

P. CARACTERÍSTICAS DE LA CASA Y DEL VECINDARIO

Las preguntas siguientes se refieren a situaciones que pueden resultar difíciles para las familias. Le voy a hacer preguntas sobre cosas que pueden haberle ocurrido a usted o a otras de las personas que viven en su casa desde nuestro último encuentro. Por favor, tenga en mente que todas sus respuestas son confidenciales. No le vamos a decir a nadie lo que usted nos diga a nosotros, ni siquiera a Head Start.



P1. En cada uno de los casos que enumeramos a continuación, dígame por favor con cuánta frecuencia le sucedió cada uno de ellos desde (MONTH OF LAST INTERVIEW).

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	<u>Nunca</u>	<u>Una vez</u>	<u>Más de una vez</u>	<u>Se niega a contestar</u>	
a. Presenció delitos no violentos en mi vecindario: por ejemplo, venta de drogas o robos.	01	02	03	98	13-14/
b. Escuché o vi, delitos violentos en mi vecindario.	01	02	03	98	15-16/
c. Conozco a una persona que fue la víctima de un delito violento en mi vecindario	01	02	03	98	17-18/
d. Fui víctima de un delito violento en mi vecindario	01	02	03	98	19-20/
e. Fui víctima de un delito violento en mi casa.	01	02	03	98	21-22/

P2a. ¿Ha presenciado NIÑO un delito violento desde (MONTH OF LAST INTERVIEW)?

No	01	39-40/
Sí	02	
Me niego a contestar.....	98	
No lo sé.....	99	

23-26/B

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

- P2b. ¿Ha presenciado NIÑO incidentes de violencia doméstica desde (MONTH OF LAST INTERVIEW)?
- | | | |
|---------------------------|----|--------|
| No | 01 | 41-42/ |
| Sí | 02 | |
| Me niego a contestar..... | 98 | |
| No lo sé..... | 99 | |
- P3a. ¿Ha sido NIÑO víctima de un delito violento desde (MONTH OF LAST INTERVIEW)?
- | | | |
|---------------------------|----|--------|
| No | 01 | 43-44/ |
| Sí | 02 | |
| Me niego a contestar..... | 98 | |
| No lo sé..... | 99 | |
- P3b. ¿Ha sido NIÑO víctima de un incidente de violencia doméstica desde (MONTH OF LAST INTERVIEW)?
- | | | |
|---------------------------|----|--------|
| No | 01 | 45-46/ |
| Sí | 02 | |
| Me niego a contestar..... | 98 | |
| No lo sé..... | 99 | |
- P4. Desde (MONTH OF LAST INTERVIEW), ¿ha sido usted u otra persona que vive en su casa (o el padre o madre biológicos de NIÑO, que no residan en la casa) arrestado o acusado de algún delito por parte de la policía?
- | | | |
|---------------------------|----|-------------------|
| No | | SKIP TO P5 |
| Sí..... | 02 | 27-28/ |
| Me niego a contestar..... | 98 | SKIP TO P5 |
- P4a. ¿Quién fue arrestado o acusado?
- _____
- Me niego a contestar98 **SKIP TO P5**
- P4b. ¿Pasó esta persona algún tiempo en la cárcel?
- | | | |
|---------------------------|----|--------|
| No | 01 | 31-32/ |
| Sí | 02 | |
| Me niego a contestar..... | 98 | |

P5. Desde (MONTH OF LAST INTERVIEW) ¿ha vivido NIÑO separado de usted (o de la madre) sin contar vacaciones o arreglos de custodia compartida?

33-34/

No 01

SKIP TO Q1

Sí.....02

Me niego a contestar.....98 **SKIP TO Q1**

P5a. ¿Por cuánto tiempo?_____

35-36/

Me niego a contestar..... 98

P5b. ¿Con quién?_____

37-38/

Me niego a contestar..... 98

Q. SUS SENTIMIENTOS O ACTITUDES



Q1. Ahora voy a leerle una lista de sentimientos o actitudes que las personas suelen tener respecto de ellas mismas. Se las voy a leer una por una; después de cada una, dígame por favor si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, está de acuerdo o muy de acuerdo con ese sentimiento o actitud.

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
a. Verdadera mente, no hay manera de que yo pueda solucionar algunos de los problemas que tengo.	01	02	03	04	13-14/
b. A veces me siento empujada por la vida	01	20	03	04	15-16/
c. Tengo muy poco control sobre las cosas que me ocurren	01	02	03	04	17-18/
d. Puedo hacer prácticamente cualquier cosa que me proponga hacer.	01	02	03	04	19-20/
e. Muchas veces me siento impotente al encarar los problemas de la vida.	01	02	03	04	21-22/
f. Lo que me ocurra en el futuro depende principalmente de mí.	01	02	03	04	23-24/
g. Es poco lo que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida.	01	02	03	04	25-26/

Ahora le voy a leer una lista de distintos estados de ánimo que tal vez haya sentido o de actitudes que tal vez haya adoptado. Mirando las categorías contenidas en esta tarjeta, dígame por favor cuántas veces se sintió de esta forma durante el curso de la semana pasada.



Q2. Durante el curso de la semana pasada, ¿cuántas veces se sintió **(INTERVIEWER: READ STATEMENT)**--le parece que: raramente o nunca, un poco o por poco tiempo, ocasionalmente o por tiempo moderado o la mayor parte del tiempo o todo el tiempo?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

Durante el curso de la semana pasada, cuántas veces se sintió...	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Un poco o poco tiempo (1-2 días)	Ocasionalmente o por tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)	
a. Molesta por cosas que generalmente no le molestan	01	02	03	04	27-28/
b. No tenía ganas de comer; tenía muy poco apetito	01	02	03	04	29-30/
c. Que no podía quitarse la tristeza, ni siquiera con la ayuda de su familia y amigos	01	02	03	04	31-32/
d. Que le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo	01	02	03	04	33-34/
e. Deprimido	01	02	03	04	35-36/
f. Que todo lo que hizo fue solo un esfuerzo	01	02	03	04	37-38/
g. Temeroso	01	02	03	04	39-40/
h. No dormía bien	01	02	03	04	41-42/
i. Hablaba menos que de costumbre	01	02	03	04	43-44/
j. Solo	01	02	03	04	45-46/
k. Triste	01	02	03	04	47-48/
l. No lograba seguir adelante	01	02	03	04	49-50/

Hay muchas personas y grupos de personas que pueden ayudar a una familia en la crianza de un NIÑO pequeño. Nos gustaría saber hasta qué punto encuentra útil su familia la ayuda de diferentes personas y grupos.



Q3. Por favor, dígame hasta qué punto la ayudaron las siguientes personas o grupos en términos de la crianza de NIÑO durante los últimos 3 a 6 meses. ¿Hasta qué punto la ayudaron (INSERT PERSON/GROUP)? La (PERSON) no ayudó para nada, ayudó a veces, ayudó en general, ayudó mucho o ayudó muchísimo?

READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH.

¿Ayudó (ayudaron)_____?	No mucho	Un poco	Mucho	No es aplicable o No lo sé	
a. (el padre/la madre/ambos padres)	01	02	03	99	51-52/
b. Los abuelos u otros parientes	01	02	03	99	53-54/
c. Sus amigos	01	02	03	99	55-56/
d. Colegas del trabajo	01	02	03	99	57-58/
e. Asistentes profesionales	01	02	03	99	59-60/
f. Personal de Head Start	01	02	03	99	61-62/
g. Otras personas que cuidan niños	01	02	03	99	63-64/
h. Persona de un grupo religioso o social	01	02	03	99	65-66/
i. Alguna otra persona (Por favor, especifique)_____ <small>69-70/</small>	01	02	03	99	67-68/

Q4. Teniendo presente el año pasado que asistió NIÑO en Head Start, ¿cuáles son las formas más importantes en las cuales Head Start ayudó a NIÑO? **PROBE:** ¿Qué más?

INTERVIEWERS: RECORD ANSWERS BELOW. CODE RESPONSES ON PAGE 62 AFTER END OF INTERVIEW.

_____	118-119/
_____	72-73/
_____	74-75/
_____	76-77/
_____	78-79/
_____	80-81/
_____	82-83/
_____	84-85/

Q5. ¿Cuáles son las formas más importantes en las cuales Head Start ayudó a su familia?
PROBE: ¿Ayudaron a su familia en alguna otra área, además de ocuparse de la educación de NIÑO?
¿Qué más?

INTERVIEWERS: RECORD ANSWERS BELOW. CODE RESPONSES ON PAGE 62 AFTER END OF INTERVIEW.

_____	86-87/
_____	88-89/
_____	90-91/
_____	92-93/
_____	94-95/
_____	96-97/
_____	98-99/
_____	100-101/

**INTERVIEWERS: CODE VERBATIM RESPONSES FROM
Q4 AND Q5 IN GRID BELOW AFTER
COMPLETING INTERVIEW.**

	<u>Q4</u>	<u>Q5</u>		<u>Q4</u>	<u>Q5</u>
Beneficios para el NIÑO.....	10	10	Educación para adultos.....	60	60
Preparación académica.....	11	11	Preparación para el GED.....	61	61
Interacción social con otros niños.....	12	12	GED.....	62	62
Interacción social con adultos.....	13	13	Aprendizaje vocacional y técnico.....	63	63
Ayuda para el habla o el idioma.....	14	14	Clases para educación de adultos.....	64	64
Salud del NIÑO, nutrición, vacunas...	15	15	Alfabetismo en inglés.....	65	65
Servicios dentales para el NIÑO.....	16	16	Finanzas y preparación de presupuestos..	66	66
Asesoramiento sobre salud mental.....	17	17	Asociado en Desarrollo Infantil (CDA).	67	67
Ayuda para necesidades especiales.....	18	18	Recibió diploma universitario.....	68	68
Refugio de la casa o del vecindario.....	19	19			
<u>Atención de la salud de la familia</u>	20	20	<u>Beneficios para padres de familia.....</u>	70	70
Educación de la salud (nutrición y			Habilidades de comunicación	71	71
ejercicio).....	21	21	Disciplina.....	72	72
Servicios médicos.....	22	22	Nutrición.....	73	73
Servicios dentales.....	23	23	Lectura y educación.....	74	74
Asesoramiento sobre salud mental.....	24	24	Comprensión del crecimiento y		
			desarrollo infantil.....	75	75
<u>Destrezas del NIÑO.....</u>	25	25	Alimentos y ropa.....	76	76
Independencia.....	26	26	Regalos para fiestas, juguetes y libros.....	77	77
Buenos modales.....	27	27			
Buenos hábitos (recoger los juguetes,					
poner la mesa)	28	28			
<u>Referidos y/o información.....</u>	30	30	<u>Beneficios sociales para los padres</u>	80	80
Servicios sociales.....	31	31	Hacer nuevos amigos.....	81	81
Asistencia legal.....	32	32	Aumenta la confianza en sí mismos....	82	82
Asistencia pública.....	33	33	Apoyo social y emocional.....	83	83
Medicaid etc.....	34	34	Buen ánimo de la familia.....	84	84
<u>Empleo.....</u>	40	40	<u>Oportunidades de trabajo voluntario.....</u>	90	90
Destrezas para el trabajo.....	41	41	Vivienda.....	91	91
Capacidad para buscar trabajo.....	42	42	Transporte.....	92	92
Habilidad para sostener una entrevista	43	43	Head Start no puede ayudar.....	93	93
de trabajo.....	44	44			
Oportunidad de trabajar.....					

Cuidado del NIÑO.....	50	50	Otros (Por favor, especifique)_____	98	98
Antes de Head Start.....	51	51	_____		
Después de Head Start.....	52	52	—		
Para otros niños.....	53	53	_____	99	99
			—		
			No Sabe.....		

ATTENTION:

**NEW RESPONDENT..... GO TO SUPPLEMENT
OTHERWISE, CONTINUE WITH NEXT PAGE**

Q6. Si pudiera cambiar algo dentro de Head Start que según usted ayudaría a servir mejor a los niños y a sus familias, ¿qué sería?

_____	102-103/
_____	104-105/
_____	106-107/
_____	108-109/
_____	110-111/
_____	112-113/
_____	114-115/
_____	116-117/
_____	SKIP TO Section S

R:CLASIFICACIÓN DE GRADO DE CONFIANZA

COMPLETE AFTER INTERVIEW IS CONCLUDED.

R1. Código de finalización de entrevistas:

La persona entrevistada dio término prematuramente a la entrevista.....	01	13-14/
La persona entrevistada se negó a ser entrevistada.....	02	
La persona entrevistada fue incapaz de responder (Por favor, especifique)_____	03	
Fue posible completar la entrevista.....	04	

R2. Por favor, evalúe las cualidades de la persona entrevistada que se enumeran a continuación, la situación de la entrevista y los datos.

La persona entrevistada (era/tenía):

a. Capaz de comprender las preguntas con facilidad	7	6	5	4	3	2	1	Casi incapaz de comprender	17/
b. Honesta	7	6	5	4	3	2	1	Deshonesta	18/
c. Precisa	7	6	5	4	3	2	1	Imprecisa	19/
d. Interesada en la entrevista	7	6	5	4	3	2	1	Sin interés en la entrevista	20/
e. Cooperó	7	6	5	4	3	2	1	No cooperó	21/
f. Se comunicaba en inglés sin problemas	7	6	5	4	3	2	1	Hablaba inglés con mucha dificultad	22/
g. Permitió que se hiciera la entrevista sin interrupciones	7	6	5	4	3	2	1	Interrumpió con frecuencia	23/
h. Su opinión sobre la calidad de los datos en general:									
Elevada	7	6	5	4	3	2	1	Baja	24/

DON'T FORGET TO CODE Q5 AND Q6 ON PAGE 62.

S: PARA HACER EL SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Le agradezco que me haya dedicado este periodo de tiempo. También deseo expresarle mi agradecimiento por haber participado en esta entrevista, y le daré dinero dentro de unos minutos. Como ya le expliqué, pensamos entrevistarle nuevamente en la primavera, y necesitamos saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.

S1. ¿Cuál es su número de teléfono? _____ -- _____ -- _____ **SKIP TO S3A**

(código de área)

No tengo teléfono..... 01

Me niego a darlo..... 98

S2. ¿Puede darme un número de teléfono donde puedo ponerme en contacto ? _____

_____ -- _____ -- _____

(código de área)

No tengo teléfono 01

SKIP TO S3A

Me niego a

darlo..... 98 **SKIP TO S3A**

S3. ¿De quién es ese número de teléfono?

Nombre: _____

Me niego a darlo..... 98

S3a. ¿Tiene otro número de teléfono, como el número de un "beeper" o de un teléfono celular?

No tengo beeper ni teléfono celular..... 01

Beeper _____ - _____ - _____

Teléfono celular _____ - _____ - _____

S4. Por favor, puede proporcionarme su dirección permanente...

Dirección: _____

Calle

Apto.

Ciudad

Estado

Código postal

S5. ¿Adónde trabaja? _____

No estoy empleado..... 01

SKIP TO S7

S6. ¿Cuál es su número de teléfono en el trabajo?

_____(____)_____

Código de área

Número de teléfono

**NO. DE IDENTIFICACION DE LA
PERSONA ENTREVISTADA**

Por favor, ¿podría darme el nombre, la dirección y el teléfono de tres personas que sabrán como encontrarle a usted dentro de un año?

S7a. Nombre de la persona 1: _____

S7b. Relación con la persona entrevistada: ___Pariente (especifique) _____ ___No pariente

S7c. Dirección: _____
Calle Apto.

Ciudad Estado Código postal

S8a. Nombre de la persona 2: _____

S8b. Relación con la persona entrevistada: ___Pariente (especifique) _____ ___No pariente

S8c. Dirección: _____
Calle Apto.

Ciudad Estado Código postal

S9a. Nombre de la persona 3: _____

S9b. Relación con la persona entrevistada: ___Pariente (especifique) _____ ___No pariente

S9c. Dirección: _____
Calle Apto.

Ciudad Estado Código postal

**GET RESPONDENT'S SIGNATURE BELOW. REMOVE SECTION S FROM THE INTERVIEW AND
PLACE IN ENVELOPE. TEAR OFF LAST PAGE WITH NAMES AND GIVE TO RESPONDENT.**

Doy mi permiso a las personas mencionadas más arriba para que proporcionen mi dirección y número de teléfono actuales a un representante del estudio FACES de Head Start.

Firma de la persona entrevistada

Nombre en letra de molde

Nombre del NIÑO en letra de molde

Fecha

Estudio de las experiencias de la familia y del NIÑO en Head Start

Muchas gracias por su cooperación. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o la entrevista, puede llamar a los siguientes números telefónicos:

Louisa Tarullo, Ed.D.
Administración de Niños, Adolescentes y Familias
(202) 205-9632

David Connell, Ph.D.
Abt Associates, Inc.
(617) 349-2804

Nicholas Zill, Ph.D.
Westat, Inc.
(301) 294-4448

Podrá enviar sus comentarios sobre la duración de la entrevista o cualquier otro aspecto de nuestra encuesta para recolectar información, incluyendo sugerencias a:

Reports Clearance Officer
Administración para Niños y Familias
U.S. Department of Health and Human Services
370 L'Enfant Promenade, S.W.
Washington, D.C. 20447

Office of Management and Budget
Paperwork Reduction Project
OMB Control No. (new request)
Washington, D.C. 20503