

## Estudio de las Experiencias de los Padres y Niños Participantes del Programa Head Start



### Entrevista a los Padres - Otoño de 1997

**ENTREVISTADOR: REGISTRE EL NOMBRE DEL NIÑO A  
CONTINUACIÓN. REMUEVA LA HOJA Y  
DESTRÚYALA DESPUÉS DE VERIFICAR EL  
NOMBRE DEL NIÑO.**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

**Estudio de las Experiencias de los Padres y Niños  
Participantes del Programa de Head Start**

**Entrevista a los Padres - Otoño de 1997**

**Portada**

No. de identificación del entrevistado: \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ 1-7/

Centro Head Start: \_\_\_\_\_

Ciudad y estado: \_\_\_\_\_

No. de identificación del entrevistador de campo: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ 23-25/

Fecha de la entrevista \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ 26-31/  
mes día año

Hora de inicio de la entrevista: \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ 15-18/  
hora minuto

Hora de finalización de la entrevista: \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ 19-22/  
hora minuto

Lugar de la entrevista:

Centro Head Start.....	01	
Casa de NIÑO.....		02
Otro (especificar) .....		03

32-33/  
34-35/B

¿Se llevará a cabo parte o la totalidad de la entrevista con un intérprete?

No ..... 01

Sí ..... 02 36-37/

Si es así, ¿en que idioma se llevará a cabo? \_\_\_\_\_ 38-39/

**SI ES ASÍ: Pídale al intérprete que firme el formulario de confidencialidad antes de la entrevista.**

## Estudio de las Experiencias de los Padres y Niños Participantes del Programa Head Start

### Entrevista a los Padres - Otoño de 1997

Gracias por su participación en este proyecto. El propósito de éste es el de conocer mejor a las familias participantes del Programa Head Start, así como aprender más sobre el programa Head Start en el que su hijo(a) participa. Queremos saber de qué manera el programa Head Start provee diferentes clases de servicios a los niños y sus familias. Deseamos hablar con usted (nuevamente) para poder entender el programa Head Start desde el punto de vista de los padres. La información de este proyecto servirá para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y sus familias.

Voy a hacerle varias preguntas y anotaré sus respuestas. Puede detenerme en cualquier momento y regresar a una pregunta anterior para cambiar su respuesta. Nadie del programa Head Start verá o escuchará sus respuestas. Su participación es totalmente voluntaria. Si decide no completar esta entrevista, eso no afectará su participación o la de su hijo(a) en los programas de Head Start. Lo que usted me diga es muy importante. Por lo tanto, le pido que trate de ser lo más preciso(a) posible. Ocasionalmente, le haré preguntas que no corresponden a su situación. Si eso ocurre, simplemente dígamelo y continuaremos con la siguiente pregunta. La entrevista durará aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta?

Antes de comenzar, permítame leerle lo siguiente:

**Aviso:** De acuerdo con el Acta de Reducción del Papeleo de 1995, no se le puede requerir a ninguna persona que responda a la recopilación de información a menos de que ésta muestre un Número de Control válido de OMB (Oficina de Presupuesto y Gerencia). El Número de Control válido de OMB para esta recopilación de datos es 0970-0151 (que vence en junio del 2000). Se estima que el tiempo requerido para completar la recopilación de estos datos es de aproximadamente una hora por entrevista, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar datos existentes adicionales, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información.

Al final de la entrevista le voy a dar unas direcciones, así como números telefónicos, en caso que quiera mayor información sobre este proyecto o de esta entrevista. ¿Tiene alguna pregunta?

**ENTREVISTADOR: USE EL NOMBRE DEL NIÑO CADA VEZ QUE VEA LA PALABRA "NIÑO"  
(EN MAYÚSCULAS) EN LAS PREGUNTAS.**

**INDAGUE Y ESCRIBA 99 PARA LAS RESPUESTAS DE "NO SABE".**

**NO LEA LA CATEGORÍA "NO SABE".**

### PRESELECCIÓN DE PARTICIPACIÓN

Primero, necesito preguntarle sobre su relación con (NIÑO/A).

1. ¿Se llama su hijo(a) NIÑO/A?

**ENTREVISTADOR: Verifique que el nombre del niño(a) sea correcto, remueva la portada y destrúyala. NO ESCRIBA EL NOMBRE DE NIÑO/A EN EL CUESTIONARIO.**

2. Queremos entrevistar a la persona que tenga la mayor responsabilidad del cuidado del (NIÑO/A). ¿Es usted esa persona?

No ..... 01

Sí ..... 02

**PASE A 4**

40-41/

3. ¿Quién es la persona que tiene la mayor responsabilidad del cuidado de (NIÑO/A)?

Nombre: \_\_\_\_\_ 38-39/

Dirección: \_\_\_\_\_ 72-121/

Teléfono: \_\_\_\_\_ 122-131/

**TERMINE AQUÍ LA ENTREVISTA**

4. ¿Cuál es su parentesco con (NIÑO/A)?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA**

Madre .....	01	<b>PASE A1</b>
Padre .....	02	<b>PASE A1</b>
Madrastra .....	03	<b>PASE A1</b>
Padrastra .....	04	<b>PASE A1</b>
Abuela .....	05	
Abuelo .....	06	
Bisabuela .....	07	
Bisabuelo .....	08	
Hermana/hermanastra .....	09	
Hermano/hermanastro .....	10	
Otro pariente o pariente político (femenino) .....	11	
Otro pariente o pariente político (masculino) .....	12	
Madre adoptiva (Foster mother) .....	13	
Padre adoptivo (Foster father) .....	14	
Otra persona no emparentada con (NIÑO/A) (femenina) .....	15	
Otra persona no emparentada con (NIÑO/A) (masculina) .....	16	
Compañera del padre .....	17	
Compañero de la madre .....	18	
No sabe/no respondió .....	99	132-133/

5. ¿Es usted el guardián legal de (NIÑO/A)?

No .....	01	
Sí .....	02	134-135/

**A. HABLEMOS SOBRE (NIÑO/A)Y SU FAMILIA**

A1. ¿Es (NIÑO/A) un niño o una niña?

- Niño ..... 01
- Niña ..... 02 13-14/

A2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NIÑO/A)?

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ 15-20/  
 Mes                      Día                      Año

A3. ¿Cuándo empezó (NIÑO/A) el programa Head Start?

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ 21-24/  
 Mes                      Año

A4. ¿Cómo se enteraron usted y (NIÑO/A) de este programa Head Start?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

- Familiar/amigo ..... 01 25-26/
- A través de otra agencia ..... 02 27-28/
- Por una persona ..... 03 29-30/
- Un representante de Head Start nos visitó en la casa ..... 04 31-32/
- Otros niños que participaron en Head Start ..... 05 33-34/
- Volantes/correo ..... 06 35-36/
- Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_ . 07 37-38/

35-40/

A5. ¿Qué medio de transporte utiliza (NIÑO/A) para asistir a las clases o actividades de grupo del Programa Head Start?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Autobús escolar de Head Start .....	01	41-42/
Medio de transporte personal (incluyendo automóvil o transporte colectivo) 2		43-44/
Transporte público (autobús/metro) .....	03	45-46/
A pie .....	04	47-48/
Otro (favor de especificar) _____ 51-52/	05	49-50/
No sabe (Indague) .....	99	53-54/

A6. ¿Cuánto tiempo tarda (NIÑO/A) en ir de su casa al Centro? \_\_\_\_\_ minutos 55-56/ 57-62/B

A7. ¿Cuántos días por semana asiste (NIÑO/A) a las clases de Head Start? \_\_\_\_\_ días/sem. 75-76/

A8. ¿Cuántas horas por día pasa (NIÑO/A) en las clases de Head Start? \_\_\_\_\_ horas/día 77-78/

A9. ¿Asistió (NIÑO/A) a algún centro de cuidado o desarrollo de niños antes de iniciar el programa Head Start?

No.....	01	<b>PASE A A12</b>
Sí.....	02	63-64/

A10. ¿Qué edad tenía (NIÑO/A) cuando comenzó a asistir en ese programa? \_\_\_\_\_ meses 65-66/

A11. ¿Cuántos años tenía (NIÑO/A) cuando dejó de asistir a ese programa? \_\_\_\_\_ meses 67-68/  
Participa aún ..... 80

A12. Incluyendo a todos sus hijos(as) (o nietos(as)) que hayan participado en Head Start, ¿cuánto tiempo ha participado usted en el Programa Head Start (ya sea como padre/abuelo(a)/persona encargada del cuidado del niño(a))?

(Indague): ¿Es (NIÑO/A) su primer hijo en Head Start?

\_\_\_ \_\_\_ años, o \_\_\_ \_\_\_ meses  
69-70/ 71-72/

A13. ¿Alguna vez estuvo usted matriculado(a) en Head Start cuando era niño(a)?

No .....	01	
Sí .....	02	
No sabe .....	99	73-74/

### B. ACTIVIDADES CON (NIÑO/A)

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre usted y (NIÑO/A) en la casa.

B1. Durante la última *semana*, ¿cuántas veces le ha *leído* usted u otro miembro de su familia a (NIÑO/A)? Diría que...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA**

- Ni una sola vez ..... 01 **PASE A B2**
- Una o dos veces ..... 02
- Tres veces o más ..... 03
- Todos los días ..... 04 13-14/

B1a. ¿Quién le leyó a (NIÑO/A) durante la última semana?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA**

- Madre/figura materna ..... 01 15-16/
- Padre/figura paterna ..... 02 17-18/
- Otro miembro de su hogar ..... 03 19-20/
- Persona que no pertenece al hogar ..... 04 21-22/

B2. ¿Cada vez que le leen a (NIÑO/A), por cuánto tiempo le gusta que le lean? **INDAGUE:** ¿Por cuántos minutos?

**CÓDIGO 000 SI A (NIÑO/A) NO LE GUSTA QUE LE LEAN.**

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ minutos 23-25/

B3. Durante la semana pasada, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes actividades con (NIÑO/A)? **(LEA LA LISTA A CONTINUACIÓN)**

B4. **(SI LA RESPUESTA ES SÍ):** ¿Cuántas veces lo hizo durante la semana pasada? ¿Diría que lo hizo una o dos veces, o tres veces o más?

B5. **DESPUÉS DE COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS DE B3 Y B4 (a-k), PREGUNTE LO SIGUIENTE POR CADA ACTIVIDAD MARCADA CON "SI" EN B3:** ¿Quién ....(lea las opciones)?

B3. Durante la semana pasada, ¿hizo usted o alguien de su familia lo siguiente...			B4		B5			
			¿Cuántas veces?		¿Quién.... (LEA LAS PREGUNTAS a-k)? NO LEA LAS OPCIONES . CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.			
			1-2	3+	Madre/ Figura materna	Padre/ Figura paterna	Otro miembro del hogar	Persona que no pertenece al hogar
	NO	SÍ						
a. le contó un cuento? <small>26-27/</small>	01	02	1-2	3+ 28/	01 29-30/	02 143-144/	03 145-146/	04 147-148/
b. le enseñó letras, palabras o números? <small>31-32/</small>	01	02	1-2	3+ 33/	01 34-35/	02 140-150/	03 151-152/	04 153-154/
c. le enseñó canciones o música? <small>36-37/</small>	01	02	1-2	3+ 38/	01 39-40/	02 155-156/	03 157-158/	04 159-160/
d. trabajó con él/ella en proyectos de arte o trabajos manuales? <small>41-42/</small>	01	02	1-2	3+ 43/	01 44-45/	02 161-162/	03 163-164/	04 165-166/
e. jugó con él/ella con juguetes u otros juegos dentro de la casa? <small>46-47/</small>	01	02	1-2	3+ 48/	01 49-50/	02 167-168/	03 169-174/	04 171-172/
f. jugó, practicó deportes, o hizo ejercicios con él/ella? <small>51-52/</small>	01	02	1-2	3+ 53/	01 54-55/	02 173-174/	03 175-176/	04 177-178/
g. lo(la) llevó consigo cuando fue a hacer diligencias, como ir a la oficina de correos, al banco o a las tiendas? <small>56-57/</small>	01	02	1-2	3+ 58/	01 59-60/	02 179-180/	03 181-182/	04 183-184/
h. lo(la) incluyó en quehaceres domésticos como cocinar, limpiar, poner la mesa o cuidar mascotas? <small>61-62/</small>	01	02	1-2	3+ 63/	01 64-65/	02 185-186/	03 187-188/	04 189-190/
i. le habló de lo que ocurre en Head Start? <small>66-67/</small>	01	02	1-2	3+ 68/	01 69-70/	02 191-192/	03 193-194/	04 195-196/
j. le habló sobre programas de televisión o videos? <small>71-72/</small>	01	02	1-2	3+ 73/	01 74-75/	02 197-198/	03 199-200/	04 201-202/
k. realizó actividades relacionadas con números como cantar canciones con números o leer libros con números? <small>76-77/</small>	01	02	1-2	3+ 78/	01 79-80/	02 203-204/	03 205-206/	04 207-208/

 B6. Durante el mes pasado, es decir desde (MES)(DÍA), ¿ha realizado alguien de su familia las siguientes actividades con (NIÑO/A)?

B7. **DESPUÉS DE COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS DE B6 (a-j), PREGUNTE LO SIGUIENTE POR CADA ACTIVIDAD MARCADA CON “SÍ”:** ¿Quién (LEA LA PREGUNTA) con (NIÑO/A)?

B6.				B7.			
Durante el mes pasado, es decir, desde (MES) (DÍA), ¿hizo alguien de su familia las siguientes actividades con (NIÑO/A)?				[HAGA ESTAS PREGUNTAS SÓLO DESPUÉS DE COMPLETAR TODO B6]			
				¿Quién (LEA LAS PREGUNTAS A-J) con (NIÑO/A)?			
				[NO LEA LAS OPCIONES. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA. SI NO ES NI MADRE/NI PADRE/, ACLARE SI ES UN MIEMBRO DEL HOGAR O NO]			
		NO	SÍ	Madre/ Figura materna	Padre/ Figura paterna	Otro miembro del hogar	Persona que no pertenece al hogar
a.	visitó una biblioteca?	81-82/	01 02	01 83-84/	02 209-210/	03 211-212/	04 213-214/
b.	fue al cine?	85-86/	01 02	01 87-88/	02 215-216/	03 217-218/	04 219-220/
c.	asistió a una obra de teatro, concierto, o a cualquier otro espectáculo en vivo?	89-90/	01 02	01 91-92/	02 221-222/	03 223-224/	04 225-226/
d.	fue a un centro comercial?	93-94/	01 02	01 95-96/	02 227-228/	03 229-230/	04 231-232/
e.	visitó una galería de arte, un museo o algún lugar histórico?	97-98/	01 02	01 99-100/	02 233-234/	03 235-23/	04 237-238/
f.	fue a un parque de recreo para niños, a un parque o a un día de campo?	101-102/	01 02	01 103-104/	02 239-240/	03 241-242/	04 243-244/
g.	visitó un zoológico o acuario?	105-106/	01 02	01 107-108/	02 245-246/	03 247-248/	04 249-250/
h.	habló con (NIÑO/A) sobre su historia familiar o su descendencia étnica?	109-110/	01 02	01 111-112/	02 251-252/	03 253-254/	04 255-256/
i.	asistió a un evento patrocinado por la comunidad o por un grupo étnico o religioso?	111-114/	01 02	01 115-116/	02 257-258/	03 259-260/	04 261-262/
j.	asistió a un evento deportivo o atlético en el cual (NIÑO/A) no era uno(a) de los(las) jugadores(as)/atletas?	117-118/	01 02	01 119-120/	02 263-264/	03 265-266/	04 267-268/

121-124/B  
269-274/B

B8. De la siguiente lista, ¿qué materiales hay en su casa que usted o (NIÑO/A) puedan leer o mirar?

**LEA LA LISTA.**

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	
a. Libros para niños . . . . .	01	02	125-126/
b. Libros de historietas . . . . .	01	02	127-128/
c. Revistas para niños . . . . .	01	02	129-130/
d. Revistas para adultos como 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 una biblia o libro de rezos . . . . .	01	02	137-138/
h. Diccionarios o enciclopedias . . . . .	01	02	139-140/
i. Otros libros como novelas o biografías o otros que no sean de ficción . . . . .	01	02	141-142/

**C. INCAPACIDADES**

C1. ¿Tiene (NIÑO/A) alguna incapacidad o necesidad especial, por ejemplo: física, emocional, de lenguaje, auditiva, dificultad en el aprendizaje o otra necesidad especial?

No .....	01	<b>PASE A D1</b>
Sí .....	02	
No sabe .....	99	<b>PASE A D1</b>

13-14/

C2. ¿Cómo describiría usted la necesidad o necesidades especiales de (NIÑO/A)?  
**INDAGUE:** ¿Alguna otra?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA**

Una incapacidad específica en el aprendizaje .....	01	15-16/
Retraso mental .....	02	17-18/
Problema o impedimento del habla .....	03	19-20/
Problema o impedimento de lenguaje .....	04	21-22/
Trastorno emocional o de conducta .....	05	23-24/
Sordera .....	06	25-26/
Otro impedimento auditivo .....	07	27-28/
Ceguera .....	08	29-30/
Otro problema o impedimento visual .....	09	31-32/
Problema o impedimento ortopédico .....	10	33-34/
Otro impedimento de salud con una duración de seis meses o más .....	11	35-36/
Autismo .....	12	37-38/
Daño cerebral por trauma .....	13	39-40/
Retraso en el desarrollo no específico .....	14	41-42/
Otro (favor de especificar) _____	15	43-44/
No sabe .....	99	45-46/

C3. ¿Afecta(n) la(s) incapacidad(es) de (NIÑO/A) su aprendizaje?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- No sabe ..... 99

49-50/

C4. ¿Participó usted o alguien de su familia en el desarrollo de un Plan de Educación Individualizado (IEP/PEI) para (NIÑO/A)?

**MUESTRE AL PADRE DE FAMILIA UNA COPIA DE UN IEP QUE SE UTILICE EN EL PROGRAMA.**

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- No sabe ..... 99

**PASE A C6**

**PASE A D1**

51-52/

C5. ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

(Indague: ¿le dieron la oportunidad de participar?)

**PASE A D1**

53-54/

C6. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el plan? Diría usted que está ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Muy insatisfecho ..... 01
- Algo insatisfecho ..... 02
- Algo satisfecho ..... 03
- Muy satisfecho ..... 04
- No sabe ..... 99

55-56/  
57-90/B

**D. LAS ACTIVIDADES DE (NIÑO/A)**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que diferentes niños realizan a diferentes edades. Estas cosas podrían o no estar relacionadas con (NIÑO/A).

D1. ¿Puede (NIÑO/A) reconocer...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- todas las letras del alfabeto? ..... 01
- la mayoría de ellas? ..... 02
- algunas de ellas? o ..... 03
- ninguna de ellas? ..... 04

13-14/

D2. ¿Hasta qué número sabe contar (NIÑO/A)? Diría usted que...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- No sabe contar ..... 01
- Cuenta hasta cinco. .... 02
- hasta diez ..... 03
- hasta veinte ..... 04
- hasta cincuenta, o ..... 05
- hasta cien o más ..... 06

15-16/

D3. ¿Cuántos números escritos puede reconocer (NIÑO/A)?

\_\_\_ \_\_ números

17-18/

D4. Si (NIÑO/A) tuviera un montón de cubos, ¿cuál es el número más grande que (él/ella) podría decir que tiene?

\_\_\_ \_\_ \_\_ número más grande

19-21/

D5. ¿Puede (NIÑO/A) abotonarse la ropa?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

22-23/

D6. ¿Sostiene (NIÑO/A) el lápiz de la forma correcta?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

24-25/

D7. ¿Con qué frecuencia le gusta a (NIÑO/A) escribir o aparentar que escribe?

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Nunca ..... 01  
 Lo ha hecho una o dos veces ..... 02  
 A veces ..... 03  
 A menudo ..... 04  
 No sabe ..... 99

26-27/

D8. ¿Escribe y pinta (NIÑO/A) la mayoría de la veces en vez de hacer garabatos?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

28-29/

D9. ¿Puede (NIÑO/A) escribir su nombre aunque algunas letras las escriba al revés?

No ..... 01  
 Sí ..... 02  
 No sabe ..... 99

30-31/

D10. ¿Se tropieza, tambalea, o cae con facilidad (NIÑO/A)?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

32-33/

D11. Cuando (NIÑO/A) habla, ¿puede una persona desconocida entenderle sin problema?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

34-35/

D12. ¿Comenzó (NIÑO/A) a hablar más tarde que otros niños que usted conozca?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

36-37/

D13. ¿Tartamudea o balbucea (NIÑO/A)?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

38-39/

D14. ¿Mira (NIÑO/A) a veces un libro con ilustraciones y aparenta poderlo leer?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

**PASE A D16**

40-41/

D15. Cuando (NIÑO/A) aparenta leer un libro, ¿suenan como si estuviera leyendo una sola historia o simplemente lee lo que ve en cada ilustración sin conectarla con el resto de las ilustraciones?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Suena como una sola historia .....	01	
Dice lo que ve en cada ilustración .....	02	
Hace ambos .....	03	42-43/

D16. ¿Reconoce (NIÑO/A) su propio nombre en escritura o en letra de imprenta?

No .....	01	
Sí .....	02	
No sabe .....	99	44-45/

D17. ¿Puede (NIÑO/A) reconocer e identificar por nombre los colores rojo, amarillo, azul y verde? ¿Diría que...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

todos, .....	01	
algunos, o .....	02	
ninguno? .....	03	46-47/

## E. EL COMPORTAMIENTO DE (NIÑO/A)



E1. En general, al reflexionar sobre el comportamiento *habitual* de (NIÑO/A) ahora, o durante el mes pasado, dígame con qué grado de certeza describen a (NIÑO/A) las siguientes afirmaciones. Para cada una, dígame si es muy cierto o frecuentemente cierto, cierto a veces o algo cierto, o no es cierto.

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES.**

	Muy cierto o frecuentemente cierto	Cierto a veces o algo cierto	No es cierto
a. Hace amigos fácilmente.	01	02	03 <small>13-14/</small>
b. Disfruta del aprendizaje.	01	02	03 <small>15-16/</small>
c. Le dan rabieta o berrinches o tiene mal genio.	01	02	03 <small>17-18/</small>
d. No puede concentrarse o poner atención por mucho tiempo.	01	02	03 <small>19-20/</small>
e. Es muy inquieto y se agita mucho.	01	02	03 <small>21-22/</small>
f. Le gusta hacer cosas nuevas.	01	02	03 <small>23-24/</small>
g. Demuestra tener imaginación cuando juega y cuando hace sus tareas.	01	02	03 <small>25-26/</small>
h. Está desconsolado, triste o deprimido.	01	02	03 <small>27-28/</small>
i. Consuela o ayuda a los demás.	01	02	03 <small>29-30/</small>
j. Golpea y pelea con otros.	01	02	03 <small>31-32/</small>
k. Se preocupa de las cosas por mucho tiempo.	01	02	03 <small>33-34/</small>
l. Acepta las ideas de los amigos cuando juega y comparte con ellos.	01	02	03 <small>35-36/</small>
m. No se lleva bien con otros niños(as).	01	02	03 <small>37-38/</small>
n. Le gusta escuchar que a él/ella le está yendo bien o que está haciendo las cosas bien.	01	02	03 <small>39-40/</small>
o. Se siente inútil o inferior.	01	02	03 <small>41-42/</small>
p. Pasa de una actividad a otra con dificultad.	01	02	03 <small>43-44/</small>
q. Es nervioso, excitable o tenso.	01	02	03 <small>45-46/</small>
r. Actúa muy infantil para su edad.	01	02	03 <small>47-48/</small>
s. Es desobediente en el hogar.	01	02	03 <small>49-50/</small>

## F. REGLAS DOMÉSTICAS

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las reglas y el establecimiento de límites en la casa.

F1. En su casa, ¿existen reglas o rutinas para. . .

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR PUNTO.**

	No	Sí	NA
a. los programas de TV que (NIÑO/A) puede mirar?	01	02	03
b. el número de horas que (NIÑO/A) puede mirar la TV?	01	02	03
c. los tipos de comidas que come (NIÑO/A)?	01	02	03
d. la hora que (NIÑO/A) se va a la cama?	01	02	03
e. las tareas que (NIÑO/A) debe hacer?	01	02	03

13-14/

15-16/

17-18/

19-20/

21-22/

F2. A veces, los niños se portan bien y otras veces no. ¿Le ha dado nalgadas a (NIÑO/A) durante la semana pasada por no comportarse bien?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

**PASE A F4**

25-26/

F3. ¿Aproximadamente cuántas veces la semana pasada? . . . . \_\_\_\_ número de veces

25-26/

F4. ¿Ha interrumpido todas las actividades de (NIÑO/A) por un tiempo o le ha enviado a su habitación durante la semana pasada por no comportarse bien?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

**PASE A F6**

27-28/

F5. ¿Aproximadamente cuántas veces la semana pasada? . . . . \_\_\_\_ número de veces

29-30/

F6. Si (NIÑO/A) hace un berrinche en un lugar público, como un supermercado, ¿qué hace usted?

**INDAGUE MÁS SI LA RESPUESTA ES "NUNCA SUCEDE" :** Pero si sucediera, ¿qué haría usted?  
**INDAGUE:** ¿Dígame, qué más?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Le ignora .....	01	31-32/
Carga a (NIÑO/A) y se va del lugar .....	02	33-34/
Se va del lugar y supone que (NIÑO/A) le va a seguir .....	03	35-36/
Habla con (NIÑO/A) .....	04	37-38/
Le amenaza con quitarle obsequios o privilegios.....	05	39-40/
Le grita .....	06	41-42/
Le da nalgadas .....	07	43-44/
Le abofetea o sacude .....	08	45-46/
Le amenaza con interrumpir todas sus actividades por un tiempo cuando lleguen a la casa .....	09	47-48/
Le amenaza con darle otro castigo cuando lleguen a la casa .....	10	49-50/
Le amenaza con lo que le va a hacer otro adulto de la casa .....	11	51-52/
Intenta calmar al niño(a) .....	12	65-66/
Se da por vencido(a) ante el berrinche .....	13	67-68/
Otro (favor de especificar) _____ .....	14	53-54/
.....		55-56/

57-64/B

## G. USTED Y SU FAMILIA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre usted y su familia. Recuerde que todas sus respuestas se mantendrán confidenciales.

G1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 13-18/  
Mes Día Año

G2. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero/a, nunca se ha casado .....	01	
Casado/a .....	02	
Separado/a .....	03	
Divorciado/a .....	04	
Viudo/a. ....	05	19-20/

G2a. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo? \_\_\_\_\_ años de edad 330-331/

G3. *Incluyéndolo/a a usted*, ¿cuántos adultos mayores de 18 años viven en su casa?  
 ..... \_\_\_\_\_ número de adultos 21-22/

G4. *Incluyéndolo/a a (NIÑO/A)*, ¿cuántos niños menores de 17 años viven en su casa?  
 ..... \_\_\_\_\_ número de niños 23-24/

G5. Dígame, por favor, el nombre de cada una de la personas que viven en su casa. **INDAGUE:** ¿Vive alguien más en su casa?

25-36/B

			SI ES MENOR DE 25 AÑOS:	SI ES MAYOR DE 15 AÑOS:	SI ES MAYOR DE 15 AÑOS:
G5. Nombre	G6. ¿Cuál es la relación de NOMBRE con (NIÑO/A)?  (Ver códigos abajo)	G7. ¿Qué edad tiene NOMBRE?	G8. ¿Está o ha estado esta persona alguna vez matriculada en Head Start o Early Head Start?  01=No 02=Sí 90=NA 99=No sabe	G9. ¿Tiene empleo NOMBRE?  01=No 02=Sí 90=NA 99=No Sabe	G10. ¿Tiene NOMBRE un diploma de escuela secundaria o GED?  01=No, aún va a la escuela 02=No, no va a la escuela 03=Sí, diploma 04=Sí, GED 90=NA 99=No sabe
a. (NIÑO/A)					
b. (Entrevistado)					
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/	56-69/
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/	116-118/	119-120/	121-122/	123-124/
CÓDIGOS DE RELACIÓN:					
01=Madre		07=Bisabuela		13=Madre adoptiva (foster mother)	
02=Padre		08=Bisabuelo		14=Padre adoptivo (foster father)	
03=Madrastra		09=Hermana/media hermana		15=Otro no pariente (femenino)	
04=Padrastra		10=Hermano/medio hermano		16=Otro no pariente (masculino)	
05=Abuela		11=Otro pariente o pariente político (femenino)		17=Pareja del padre (femenino)	
06=Abuelo		12=Otro pariente o pariente político (masculino)		18=Pareja de la madre (masculino)	
99=No sabe/No responde					

125-126/B

**ENTREVISTADOR: SI LA MADRE ES LA ENTREVISTADA PASE A G18**

**SI LA MADRE NO ES LA ENTREVISTADA Y**

**NO VIVE EN LA CASA CON EL (LA) NIÑO/A PASE A G11**

**VIVE EN LA CASA CON EL (LA) NIÑO/A PASE A G16**

G11. ¿Vive la madre de (NIÑO/A) a menos de una hora de distancia de (NIÑO/A)?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- Madre fallecida ..... 03 PASE A G18
- No sabe ..... 99

127-128/  
129-130/B

G12. ¿Le brinda apoyo económico a (NIÑO/A)?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- No sabe ..... 99

151-152/

G13. ¿Con qué frecuencia ve (NIÑO/A) a su madre? La ve ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- rara vez o nunca, ..... 01
- varias veces al año. .... 02
- varias veces al mes. .... 03
- varias veces a la semana. .... 04
- todos los días. .... 05
- No sabe ..... 99

153-154/

G14. ¿Hay alguna otra persona que sea como una madre para (NIÑO/A)?

- No ..... 01 **PASE A G16**
- Sí ..... 02

155-156/

G15. ¿Quién es esa persona?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- La entrevistada. .... 01
- La (cónyuge/pareja) del entrevistado, que vive en la casa. .... 02
- La (cónyuge/pareja) del entrevistado, que no vive en la casa. .... 03 **PASE A G16**
- Un pariente de (NIÑO/A) que vive en la casa. .... 04
- Un pariente de (NIÑO/A) que no vive en la casa. .... 05 **PASE A G16**
- Una amiga de la familia que vive en la casa. (o) ..... 06
- Una amiga de la familia que no vive en la casa. .... 07 **PASE A G16**

157-158/

**ESCRIBA A CONTINUACIÓN LA "LETRA" CORRESPONDIENTE A LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN EL CUADRO DE LA PÁGINA 22 (PREGUNTA G5).**

G15a. \_\_\_\_\_ "letra" de la persona del cuadro G5 de la página 22

159/

160-165/B

G16. ¿Cuántos años de escuela completó la madre de (NIÑO/A)?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Ninguna escuela formal .....	00
Menos de 8vo grado. ....	07
8vo grado .....	08
9no grado .....	09
10mo grado .....	10
11mo grado .....	11
12vo grado .....	12
Diploma de escuela secundaria (high school) .....	13
GED .....	14
Algunos cursos universitarios .....	15
Título de asociado .....	16
Licenciatura (B.A.) .....	17
Cursos de posgrado .....	18
No sabe .....	99

332-339/

G17. ¿Está ella en estos momentos trabajando, en la escuela, en un programa de capacitación/adiestramiento o haciendo alguna otra cosa?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Trabajando .....	01	131-132/
SI ES ASI: ¿Cuál es su ocupación?_____	338-339//	
Sin empleo .....	02	133-134/
Buscando trabajo .....	03	135-136/
Despedida del trabajo (laid off) .....	04	137-138//
En la escuela o centro de capacitación/adiestramiento .....	05	139-140/
En la cárcel .....	06	141-142/
En el ejército .....	07	143-144/
Otra cosa (favor de especificar)_____	08	145-146/
147-148*		
No sabe .....	99	149-150/

**ENTREVISTADOR: SI EL PADRE ES EL ENTREVISTADO **PASE A G25****

**SI EL PADRE NO ES EL ENTREVISTADO Y**

**NO VIVE EN LA CASA CON EL (LA) NIÑO/A **PASE A G18****

**VIVE EN LA CASA CON EL (LA) NIÑO/A **PASE A G23****

G18. ¿Vive el padre de (NIÑO/A) a menos de una hora de distancia de (NIÑO/A)?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- Padre fallecido ..... 03 **PASE A G25**
- No sabe ..... 99

334-335/

G19. ¿Le brinda apoyo económico a (NIÑO/A)?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- No sabe ..... 99

186-187/

G20. ¿Con qué frecuencia ve (NIÑO/A) a su padre? Lo ve ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- rara vez o nunca, ..... 01
- varias veces al año. .... 02
- varias veces al mes. .... 03
- varias veces a la semana. .... 04
- todos los días. .... 05
- No sabe ..... 99

188-189/

G21. ¿Hay alguna otra persona que sea como un padre para (NIÑO/A)?

- No ..... 01 **PASE A G23**
- Sí ..... 02

190-191/

G22. ¿Quién es esa persona?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- La entrevistada. .... 01
- El (cónyuge/pareja) de la entrevistada, que vive en la casa. .... 02
- El (cónyuge/pareja) de la entrevistada, que no vive en la casa. .... 03 **PASE A G23**
- Un pariente de (NIÑO/A) que vive en la casa. .... 04
- Un pariente de (NIÑO/A) que no vive en la casa. .... 05 **PASE A G23**
- Un amigo de la familia que vive en la casa. .... 06
- Un amigo de la familia que no vive en la casa. .... 07 **PASE A G23**

192-193/

**ESCRIBA A CONTINUACIÓN LA “LETRA” CORRESPONDIENTE A LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN EL CUADRO DE LA PÁGINA 22 (PREGUNTA G5).**

G22a. \_\_\_\_\_ “letra” de la persona del cuadro G5 en la página 22

194/

G23. ¿Cuántos años de escuela completó el padre de (NIÑO/A)?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Ninguna escuela formal .....	00
Menos de 8vo grado. ....	07
8vo grado .....	08
9no grado .....	09
10mo grado .....	10
11mo grado .....	11
12vo grado .....	12
Diploma de escuela secundaria (high school) .....	13
GED .....	14
Algunos cursos universitarios .....	15
Título de Asociado .....	16
Licenciatura (B.A.) .....	17
Cursos de posgrado .....	18
No sabe .....	99

336-337/

G24. ¿Está él en estos momentos trabajando, en la escuela, en un programa de capacitación/adiestramiento o haciendo alguna otra cosa?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Trabajando .....	01	166-167/
SI ES ASI: ¿Cuál es su ocupación? _____	340-341//	
Sin empleo .....	02	168-169/
Buscando trabajo .....	03	170-171/
Despedido del trabajo (laid off) .....	04	172-173/
En la escuela o centro de capacitación/adiestramiento .....	05	174-175/
En la cárcel .....	06	176-177/
En el ejército .....	07	178-179/
Otra cosa (favor de especificar) _____	08	180-181/
No sabe .....	99	184-185/

G25. ¿Se habla algún idioma que no sea inglés en su casa?

No .....	01	<b>PASE A G31</b>	
Sí .....	02		195-196/

G26. ¿Qué idiomas se hablan?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Francés .....	01		197-198/
Español .....	02	<b>En PR PASE A G31</b>	199-200/
Camboyano (Khmer) .....	03		201-202/
Chino .....	04		203-204/
Haitiano criollo .....	05		205-206/
Hmong .....	06		207-208/
Japonés .....	07		209-210/
Coreano .....	08		211-212/
Vietnamita .....	09		213-214/
Árabe .....	10		215-216/
Otro (favor de especificar)_____ .....	11		217-218/

G27. ¿Necesita usted o su familia que alguien de Head Start les hable en (IDIOMA de G26)?

No .....	01	<b>PASE A G29</b>	
Sí .....	02		221-222/

G28. ¿Hay alguien disponible en Head Start para hablar con usted o su familia en (IDIOMA de G26)?

No .....	01		
Sí .....	02		223-224/

G29. ¿ Ha querido o necesitado (NIÑO/A) alguna vez que un miembro del personal docente de Head Start le hable en (IDIOMA de G26)?

- No ..... 01 **PASE A G31**
- Sí ..... 02 225-226/

G30. ¿Hay alguien disponible en las clases de Head Start con quien (NIÑO/A) pueda hablar en (IDIOMA de G26)?

- No ..... 01
- Sí ..... 02 227-228/

G31. ¿Cuál es el origen étnico o racial de (NIÑO/A)?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.  
SI ES MULTIRRACIAL, CIRCULE "OTRO".**

- Asiático o de las islas del Pacífico ..... 01
- Negro (afroamericano, no hispano) ..... 02
- Blanco (caucásico, no hispano) ..... 03
- Hispano (latino) ..... 04
- Nativo americano, indio americano o nativo de Alaska. .... 05
- Otro (favor de especificar)\_\_\_\_\_ ..... 06 229-230/
- ..... 231-232/

G32. ¿En qué país nació (NIÑO/A)?

- Estados Unidos ..... 01 **PASE A G34**
- Otro (favor de especificar el país) \_\_\_\_\_ ..... 02 233-234/
- ..... 235-236/

G33. ¿Cuántos años ha vivido (NIÑO/A) en los Estados Unidos? ..... \_\_\_\_ años 237-238/

G34. ¿En que país nació usted?

- Estados Unidos ..... 01 **PASE A G38**
- Otro (favor de especificar el país) ..... 02 239-240/  
..... 241-242/

G35. ¿Cuántos años ha vivido usted en los Estados Unidos? ..... \_\_\_\_ \_\_\_\_ años 243-244/

G36. ¿Ha ido a la escuela fuera de los Estados Unidos?

- No ..... 01 **PASE A G38**
- Sí ..... 02 245-246/

G37. ¿Cuántos años asistió a la escuela antes de venir a los Estados Unidos? ..... \_\_\_\_ \_\_\_\_ años 247-248/

G38. ¿Cuántos años de escuela completó usted?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- No escuela formal ..... 00
- Menos de 8avo grado. .... 07
- 8vo grado ..... 08
- 9no grado ..... 09
- 10mo grado ..... 10
- 11mo grado ..... 11
- 12vo grado ..... 12 249-250/

G39. ¿Tiene un diploma de escuela secundaria/superior (high school) o GED?

No .....	01	<b>PASE A G42</b>	
Sí, Diploma. ....	02		
Sí, GED .....	03		251-252/

G40. ¿Ha asistido a la universidad?

No .....	01	<b>PASE A G42</b>	
Sí .....	02		253-254/

G41. ¿Obtuvo algún título? (SI LA RESPUESTA ES SÍ) ¿Cuál es su título más alto?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

No .....	01		
Sí, Título de asociado (Associate) .....	02		
Sí, Licenciatura (Bachelor's) .....	03		
Sí, Título de posgrado .....	04		255-256/

G42. ¿Ha asistido a alguna escuela técnica o comercial?

No .....	01		
Sí .....	02		257-258/

G43. ¿Ha obtenido alguna certificación o licencia relacionada con su trabajo?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

No .....	01	259-260/
Sí, certificado o licencia comercial .....	02	261-262/
Sí, CDA (“Child Development Associate”) .....	03	263-264/
Sí, otro (favor de especificar)_____ .....	04	265-266/

267-268/

G44. ¿Está actualmente estudiando para obtener alguna certificación, diploma o título?

No .....	01	<b>PASE A H1</b>
Sí .....	02	269-270/

G45. ¿Qué tipo de certificación, diploma o título?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Certificado o licencia comercial (trade) .....	01	
Certificado GED (o equivalente) .....	02	
Diploma de escuela secundaria (high school) .....	03	
Título de asociado (Associates) .....	04	
CDA (“Child Development Associate”) .....	05	
Licenciatura (Bachelor’s) .....	06	
Título de posgrado .....	07	
Otro (favor de especificar)_____ .....	08	271-272/

273-274/

### H. EMPLEO E INGRESO

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las fuentes de ingreso de su hogar. Como dije antes, esta información se mantendrá confidencial y no será informada a ninguna agencia ni a Head Start.

H1. ¿Recibe algún tipo de ingreso por trabajo o trabajos, incluyendo trabajos por cuenta propia?

- No ..... 01 **PASE A H5**
- Sí ..... 02 13-14/

H2. ¿Cuántos trabajos tiene en la actualidad? .....      trabajos 15/

**ENTREVISTADOR: SI SON MÁS DE 3 TRABAJOS, PREGUNTE EN QUÉ TRABAJOS PASA MÁS HORAS.**

**REPITA LAS PREGUNTAS H3 Y H4 Y ANOTE HASTA TRES TRABAJOS MENCIONADOS. ESCRIBA LAS RESPUESTAS EN EL ESPACIO DEBAJO DE LAS PREGUNTAS.**

H3. ¿Qué hace en (este trabajo / el primer trabajo / el segundo trabajo / el tercer trabajo)? (Anote la/s respuesta/s a continuación).

H4. ¿Es un trabajo de tiempo completo de 30 ó más horas por semana, de tiempo parcial o menos de 30 horas por semana, o es trabajo de temporada u ocasional durante ciertas épocas del año?

		<u>H4.</u>			
<u>H3.</u>		ESTADO LABORAL			
DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS		<u>Por</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Tiempo parcial</u>	
		<u>temporada</u>	<u>completo</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/

- H5. ¿En cuántos de los últimos doce meses ha trabajado?      \_\_\_ \_\_\_ meses trabajados      28-29/
- H6. ¿Está buscando empleo en la actualidad?
- No ..... 01      30-31/
- Sí ..... 02      32-33/
- H7. Sin incluirlo/la a usted, ¿cuántos otros adultos contribuyen económicamente a su hogar?      \_\_\_ \_\_\_ adultos
- H8. ¿Aparte de Medicaid, está (NIÑO/A) cubierto por algún seguro de salud a través de su/s trabajo/s o del trabajo de otro adulto que tenga empleo?
- No ..... 01
- Sí ..... 02      34-35/

- H9. ¿Recibe usted o algún miembro de su hogar alguna de las siguientes fuentes de ingreso o apoyo económico?

LEA LA LISTA		NO	SÍ
a.	Bienestar social (Welfare -TANF) <span style="float: right;">36-37/</span>	01	02
b.	Seguro de desempleo <span style="float: right;">38-39/</span>	01	02
c.	Cupones de alimentos <span style="float: right;">40-41/</span>	01	02
d.	WIC— Programas especiales de suplemento alimentario para mujeres, infantes y niños <span style="float: right;">42-43/</span>	01	02
<b>NOTA: si 'd' es Si.:</b>			
	d1. ¿Está recibiendo (NIÑO/A) beneficios de WIC? <span style="float: right;">44-45/</span>	01	02
e.	Manutención (Child support) <span style="float: right;">46-47/</span>	01	02
f.	SSI o SSDI (pensión de invalidez) <span style="float: right;">48-49/</span>	01	02
g.	Jubilación (Social Security Retirement) o pensión por fallecimiento <span style="float: right;">50-51/</span>	01	02
h.	Reembolso de préstamos, por ejemplo de amigos, parientes, etc. <span style="float: right;">52-53/</span>	01	02
i.	Medicaid o ayuda médica <span style="float: right;">54-55/</span>	01	02
j.	Pago por servicios de cuidados de niños (foster care) <span style="float: right;">56-57/</span>	01	02
k.	Ayuda con el pago de la electricidad <span style="float: right;">58-59/</span>	01	02
l.	Dinero dado a la familia <span style="float: right;">60-61/</span>	01	02
m.	Otra (favor de especificar) _____ <span style="float: right;">62-63/</span>	01	02

64-65/

**COMPLETE TABLA (a-l). SI H9a Y H9c Y H9d SON TODAS "NO", PASE A H11**

H10. En algunos estados, a la gente que recibe diferentes tipos de ayuda pública se le pide que haga ciertas cosas como tomar cursos, obtener capacitación laboral o encontrar empleo. ¿Se le exige a usted ahora que ...

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>	
a. asista a capacitación laboral?	01	02	99	66-67/
b. asista a la escuela o a clases de GED?	01	02	99	68-69/
c. consiga un empleo?	01	02	99	70-71/
d. haga alguna otra cosa? (favor de especificar)_____	01	02	99	72-73/ 74-75/

H11. Considerando todas las fuentes de ingreso que ha mencionado, ¿cuál fue el ingreso total de su familia el mes pasado?

**INDAGUE:** Deme su mejor aproximación. 76-79/

FAMILIA .....	\$ _ ,  _ _ _	<b>PASE A H13</b>
Se niega a contestar .....	98	<b>PASE A H13</b>
No Sabe .....	99	



H12. Diría que fue ...

menos de \$250 .....	01
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, ó. ....	06
más de \$2,500? .....	07
Rehusó .....	98
No sabe. ....	99

80-81/

Las siguientes preguntas son sobre el lugar donde usted y (NIÑO/A) viven.

H13. ¿En qué tipo de vivienda vive usted? ¿Vive usted en ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Una casa, un apartamento o una casa remolque solos (ocupado sólo por su familia)? .. 01 **PASE A H14**
  - Una casa, un apartamento o un remolque compartido? ..... 02
  - Una vivienda transitoria? ..... 03 **PASE A H14**
  - Un albergue para personas sin hogar? ..... 04 **PASE A H14**
  - En algún otro lugar? (favor de especificar ) \_\_\_\_\_ 05 **PASE A H14** 82-83/
- 84-85/

H13a. ¿Cuánto tiempo ha compartido vivienda? \_\_\_\_\_ meses ó \_\_\_\_\_ años  
89-90/ 91-92/

H13b. ¿Por qué comparte su vivienda?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- No le alcanza para vivir solo(a)/bajos ingreso ..... 01
- Para ayudar en el pago de cuentas y gastos ..... 02
- Situación de transición (construyendo una casa, etc.) ..... 03
- Otra favor de (especificar) \_\_\_\_\_ 04 86-87/ 88/B

H14. ¿Cuántas veces se ha mudado de vivienda en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_ número de mudanzas 93-94/

H15. ¿Vive usted actualmente en una vivienda pública o subsidiada?

- No ..... 01
- Sí ..... 02 95-96/

H16. Desde que nació (NIÑO/A), ¿ha habido algún momento en que su familia se haya encontrado sin hogar o haya carecido de un lugar habitual donde vivir?

- No ..... 01 **PASE A 11**
- Sí ..... 02 97-98/

H17. ¿Cuántas veces ha ocurrido esto? \_\_\_ \_\_\_ veces

H18. ¿Dónde se alojó?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

- Albergue para personas sin hogar ..... 01 101-162/
  - En la calle ..... 02 103-104/
  - En un auto ..... 03 105-106/
  - En un motel ..... 04 107-108/
  - Alojándose con otros como último recurso ..... 05 109-110/
  - Otro lugar (favor de especificar ) \_\_\_\_\_ 06 111-112/
- 113-114/

H19. ¿Cuál fue el período de tiempo más largo en que usted estuvo sin tener un lugar donde vivir?

- \_\_\_ \_\_\_ días **ó** 127-128/
- \_\_\_ \_\_\_ semanas **ó** 115-116//
- \_\_\_ \_\_\_ meses 117-118/

H20. Desde que (NIÑO/A) comenzó a asistir a Head Start, ¿ha estado usted sin un lugar donde vivir en algún momento?

- No ..... 01 **PASE A 11**
- Sí ..... 02 119-120/

H21. ¿Le ayudó Head Start de alguna manera con su problema de vivienda? (SI LA RESPUESTA ES SÍ) ¿Cómo?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- No, Head Start no ayudó ..... 01
- Sí, me dio información o me hizo una referencia  
(por ejemplo, llamada telefónica) ..... 02
- Sí, ayudó a obtener el servicio (por ejemplo, llenando los  
formularios, transporte, proporcionando cuidado infantil) ..... 03
- Sí, ayudó en alguna otra forma  
(favor de especificar ) ..... 04

**PASE A I1**

123-124/

121-122/

H22. ¿En qué medida fue útil esta ayuda?

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- No fue útil. .... 01
- Un poco útil. .... 02
- Útil. .... 03
- Muy útil. .... 04

125-126/

### I. SERVICIOS A LA COMUNIDAD

En ocasiones las familias con niños pequeños necesitan ayuda de varios tipos. Ahora me gustaría saber como Head Start pudo haber ayudado a su familia.

- 11. ¿Llenó usted o algún otro miembro de su familia una Evaluación de Necesidades Familiares de Head Start, en la que se le preguntó acerca de las necesidades, intereses, metas, destrezas/cualidades particulares de su familia y otras cosas?

**MUESTRE AL PADRE O MADRE UNA COPIA DE UNA EVALUACIÓN DE NECESIDADES FAMILIARES DE HEAD START UTILIZADA POR EL PROGRAMA**

No .....	01
Sí .....	02
No sabe .....	99

13-14/

Ahora tengo algunas preguntas sobre las experiencias de las personas en su hogar con varias agencias de la comunidad.

**POR CADA PUNTO, LEA LA PREGUNTA EN EL RENGLÓN SUPERIOR. SI (I2) ES SÍ, PREGUNTE I3, SI (I3) ES SÍ PREGUNTE I4. PASE AL SIGUIENTE PUNTO.**



	I2. ¿Desde que nacio (NIÑO/A), ha <u>necesitado</u> usted o alguien de su hogar...		I3. <b>SI LA RESPUESTA EN I2 ES SÍ:</b> ¿Ustedes lo han recibido?		I4. <b>SI LA RESPUESTA EN I3 ES SÍ:</b> ¿Le ayudó Head Start con esto en alguna forma? ¿Porque no o cómo? 01=No, ya lo recibíamos 02=No, Head Start no ayudó 03=No, no necesitamos de su ayuda 04=Sí, referido a servicio 05=Sí, proporcionó servicio directamente
	No	Sí	No	Sí	
	<b>AYUDA DE INGRESOS</b>				
a. ayuda de ingresos como "welfare", Seguro Social, seguro de desempleo?	01 15-16/	02	01 17-18	02	19-20/
b. ayuda en alimentos y nutrición como cupones de alimentos o WIC?	01 21-22/	02	01 23-24/	02	25-26/
c. ayuda para vivienda?	01 27-28/	02	01 29-30/	02	31-32/
d. ayuda para el pago de servicios (agua potable, agua caliente, calefacción, servicio telefónico)?	01 33-34/	02	01 35-36/	02	37-38/
	<b>AYUDA DE EMPLEO</b>				
e. capacitación laboral y ayuda de empleo?	01 39-40/	02	01 41-42/	02	43-44/
f. asistencia en su educación, por ejemplo GED, colegio universitario, alfabetización, inglés como segundo idioma?	01 45-46/	02	01 47-48/	02	49-50/
g. ayuda para obtener transporte para ir al trabajo o a un entrenamiento ?	01 51-52/	02	01 53-54/	02	55-56/
h. cuidado infantil para (NIÑO/A) antes o después del día de Head Start?	01 57-58/	02	01 59-60/	02	61-62/

	I2.		I3.		I4.
	¿Desde que nació (NIÑO/A), ha <u>necesitado</u> usted o alguien de su hogar...		<b>SI LA RESPUESTA EN I2 ES SÍ:</b> ¿Ustedes lo han recibido?		<b>SI LA RESPUESTA EN I3 ES SÍ:</b> ¿Le ayudó Head Start con esto en alguna forma? ¿Porque no o cómo? 01=No, ya lo recibíamos 02=No, no ayudó 03=No, no necesitamos de su ayuda 04=Sí, referido a servicio 05=Sí, proporcionó servicio directamente
	No	Sí	No	Sí	
i. cuidado infantil para otros niños en su hogar?	01 63-64/	02	01 65-66/	02	67-68/
<b>CUIDADO DE SALUD</b>					
j. MEDICAID/nombre local de MEDICAID?	01 69-70/	02	01 71-72/	02	73-74/
k. cuidado médico o dental para (NIÑO/A) ?	01 75-76/	02	01 77-78/	02	79-80/
l. cuidado médico o dental para adultos?	01 81-82/	02	01 83-84/	02	85-86/
m. tratamiento o asesoría contra el abuso del alcohol o de las 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/
<b>SERVICIOS SOCIALES</b>					
o. asistencia legal?	01 99-100/	02	01 101-102/	02	103-104/
p. ayuda contra la violencia familiar?	01 105-106/	02	01 107-108/	02	109-110/
q. ayuda en la solución de otros problemas familiares?	01 111-112/		01 113-114/		115-116/

### J. CUIDADO INFANTIL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre arreglos de cuidado infantil, distintos a los de Head Start, que usted haya hecho para (NIÑO/A)

J1. Pensemos en los años antes de que (NIÑO/A) se inscribiera en Head Start. Durante ese tiempo, ¿tuvo (él o ella) cuidado infantil de manera habitual (10 horas semanales o más) por otras personas aparte de usted?

- No ..... 01 **PASE A J5**
- Sí ..... 02 13-14/

J2. ¿Cuántos meses de edad tenía (NIÑO/A) cuando comenzó a obtener cuidado infantil por 10 o más horas semanales?  
 \_\_\_\_\_ meses de edad 15-16/

J3. Pensando en todo los arreglos de cuidado infantil que (NIÑO/A) recibió antes de su inscripción en Head Start, (a) ¿dónde y quién le proporcionó el cuidado? (b) ¿A qué cuidado recurrió usted con mayor frecuencia?

**NO LEA LA LISTA.**

	<u>CIRCULE TODO</u> <u>LO QUE</u> <u>CORRESPONDA</u>	<u>CIRCULE EL MÁS</u> <u>UTILIZADO</u> (b)
	(a)	
En el hogar de (NIÑO/A) por un pariente	01 <span style="float: right;">17-18/</span>	01 <span style="float: right;">33-34/</span>
En el hogar de (NIÑO/A) por una persona no emparentada con el niño	02 <span style="float: right;">19-20/</span>	02
En el hogar de un pariente	03 <span style="float: right;">21-22/</span>	03
En el hogar de un(a) amigo(a) o vecino(a)	04 <span style="float: right;">71-72/</span>	04
En una guardería familiar ("Family Day Care")	05 <span style="float: right;">23-24/</span>	05
Otro centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil	06 <span style="float: right;">25-26/</span>	06
En Head Start (sin incluir el tiempo en el salón de clases)	07 <span style="float: right;">27-28/</span>	07
Otro (favor de especificar) _____ <span style="float: right;">31-32/</span>	08 <span style="float: right;">29-30/</span>	08

J4. ¿En cuántos diferentes lugares de cuidado infantil pasó (NIÑO/A) 10 o más horas semanales antes de entrar a Head Start?  
 \_\_\_\_\_ lugares 35-36/

Ahora hablemos sobre los arreglos de cuidado infantil que esté empleando usted para (NIÑO/A) **ahora mismo**. Este cuidado infantil no incluye el tiempo en la clase de Head Start, pero puede incluir servicios de cuidado infantil ofrecidos por separado por el centro de Head Start antes o después de clase. Esto no incluye si uso una niñera mientras usted asistió a una actividad social.

J5. ¿Está (NIÑO/A) en cuidado infantil antes o después de Head Start?

- No ..... 01
- Sí ..... 02

**PASE A K1**

37-38/

J6. ¿En cuántos lugares diferentes de cuidado infantil pasa (NIÑO/A) algún tiempo cada semana?

\_\_\_ \_\_\_ lugares 39-40/

J7. ¿En dónde se proporciona este cuidado?

**SI ES MÁS DE UN LUGAR DE CUIDADO INFANTIL,  
PREGUNTE SOBRE EL LUGAR PRINCIPAL.  
NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- En el hogar de (NIÑO/A) por un pariente ..... 01
- En el hogar de (NIÑO/A) por una persona no emparentada con el niño ..... 02
- En el hogar de un pariente ..... 03
- En el hogar de un(a) amigo(a) o vecino(a) ..... 04
- En una guardería familiar ("Family Day Care") ..... 05
- Otro centro de cuidado infantil o programa de desarrollo infantil ..... 06
- En Head Start (sin incluir el tiempo en el salón de clase) ..... 07
- Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_ ..... 08

43-44/

41-42/

J8. ¿Cuenta tal persona o lugar con licencia, certificado o está reglamentado?

- No ..... 01
- Sí ..... 02
- No sabe ..... 99

45-46/

J9. ¿Cuántas horas por semana utiliza este cuidado? \_\_\_\_\_ horas semanales

47-48/

J10. ¿Quién paga por este cuidado infantil?

**LEA LA LISTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

	NO	SÍ	
a. ¿Lo paga usted mismo(a)?	01	02	49-50/
b. ¿Lo paga una agencia del gobierno?	01	02	51-52/
c. ¿Lo paga su trabajo (jefe/patrono/empleador)?	01	02	53-54/
d. ¿Lo paga alguna otra persona?	01	02	55-56/
e. ¿Intercambia usted cuidado infantil con alguien?	01	02	57-58/
f. ¿Es gratuito o sin cargo? (INDAGUE para averiguar otras categorías)	01	02	59-60/
g. Otro (favor de especificar) _____ <sup>63-64/</sup>	01	02	61-62/



J11. Ahora voy a preguntarle sobre la experiencia de (NIÑO/A) con este cuidado. Dígame, por favor, qué respuesta describe mejor la experiencia de (NIÑO/A).

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA PARA CADA PUNTO.**

	Nunca	En ocasiones	A menudo	Siempre	No sabe	
a. (NIÑO/A) se siente seguro(a) y protegido(a) en el cuidado.	01	02	03	04	99	65-66/
b. (NIÑO/A) recibe mucha atención individual.	01	02	03	04	99	67-68/
c. El/la encargado/a del cuidado de (NIÑO/A) es receptivo/a al aprendizaje y a información nueva.	01	02	03	04	99	69-70/

## K. CUIDADO DE SALUD DE SU FAMILIA

K1. Ahora le voy a preguntar sobre las necesidades de cuidado de salud de su familia. En general, ¿diría usted que la salud de (NIÑO/A) es:...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

excelente, .....	01
muy buena, .....	02
buena, .....	03
regular, o .....	04
mala? .....	05

13-14/

K2. ¿Sufre (NIÑO/A) de alguna enfermedad o padecimiento por el cual necesite tratamiento continuo en forma regular?

No .....	01
Sí .....	02
No sabe .....	99

15-16/

K3. ¿Cuánto pesó (NIÑO/A) al nacer?

17-18/ \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas<sup>19-20/</sup>  
No sabe .....99

K4. ¿Tiene (NIÑO/A) un proveedor habitual de cuidado de salud médico rutinario, por ejemplo, cuidado médico infantil regular (“well-child care”) y exámenes médicos?

No .....	01
Sí .....	02

21-22/



K5. ¿A dónde va (NIÑO/A) generalmente para recibir cuidado médico de rutina? Va (el/ella) a un/a ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Consultorio médico o clínica privada (incluyendo HMO) .....	01
Clínica de hospital para el tratamiento de pacientes ambulantes .....	02
Sala de emergencia de hospital .....	03
Departamento de salud pública .....	04
Centro de salud de la comunidad .....	05
Clínica ambulante. ....	06
Servicios de salud para indígenas estadounidenses .....	07
Otro (favor de especificar)_____ .....	08

25-26/

23-24/

K6. ¿Le ha ayudado Head Start a encontrar un proveedor habitual de cuidado de salud para (NIÑO/A)?  
**SI LA RESPUESTA ES SÍ:** ¿Cómo?

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

Tenía un proveedor de cuidado de salud antes de ingresar a Head Start .....	01
Head Start no ha ayudado, pero deseo que lo haga .....	02
Encontré un proveedor de cuidado de salud por mi cuenta .....	03
Me proporcionó información, incluyendo folletos, reuniones o conversaciones .....	04
Me dio referencias, por ejemplo, llamadas telefónicas .....	05
Me proporcionó cuidado de salud directamente .....	06
Me ayudó de alguna otra forma (favor de especificar)_____ .....	07

29-30/

27-28/



K7. ¿Cuándo se enferma o se lesiona, a dónde va generalmente (NIÑO/A) para recibir atención médica? Va (el/ella) a un/a

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Consultorio médico o clínica privada (incluyendo HMO) ..... 01
- Clínica de hospital para el tratamiento de pacientes ambulatorios ..... 02
- Sala de emergencia de hospital ..... 03
- Departamento de salud pública ..... 04
- Centro de salud de la comunidad ..... 05
- Clínica ambulante ..... 06
- Servicios de salud para indígenas estadounidenses ..... 07
- Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_ ..... 08

33-34/

31-32/



K8. ¿A dónde va (NIÑO/A) para recibir cuidado dental? Va (el/ella) a un/a ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Consultorio de dentista privado ..... 01
- Clínica dental en hospital ..... 02
- Clínica dental en departamento de salud pública ..... 03
- Clínica dental en centro de salud de la comunidad ..... 04
- Clinica dental ambulante ..... 05
- Clínica dental de servicios de salud para indígenas estadounidenses ..... 06
- Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_<sup>37-38/</sup> ..... 07
- El NIÑO/A aún no ha visitado a un dentista ..... 08

35-36/

K9. ¿Diría usted que la salud suya en general es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

**CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Excelente ..... 01
- Muy buena. .... 02
- Buena ..... 03

39-48/B

Regular ..... 04  
 Mala ..... 05

49-50/

K10. ¿En este momento, tiene algún impedimento o problema de salud que le impida trabajar en un empleo o en una compañía?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

**PASE A K12**  
 51-52/

K11. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que puede llevar a cabo debido a algún impedimento o problema de salud?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

53-54/

K12. ¿Hay alguien de su hogar, aparte de (NIÑO/A), que tenga alguna enfermedad o padecimiento que requiera de cuidado regular y continuo?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

55-56/

K13. ¿Tiene usted un proveedor habitual de cuidado de salud para su cuidado médico de rutina, por ejemplo, para sus exámenes médicos?

No ..... 01  
 Sí ..... 02

57-58/



K14. ¿A dónde va usted generalmente para recibir cuidado médico de rutina? Va usted a un/a ...

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Consultorio médico o clínica privada (incluyendo HMO). . . . . 01
- Clínica de hospital para el tratamiento de pacientes ambulatorios . . . . . 02
- Sala de emergencia de hospital . . . . . 03
- Departamento de salud pública . . . . . 04
- Centro de salud de la comunidad . . . . . 05
- Clínica ambulante . . . . . 06
- Centro de servicios de salud para indígenas estadounidenses . . . . . 07
- Otro (favor de especificar)\_\_\_\_\_ . . . . . 08

61-62/

59-60/

K15. ¿Le ha ayudado Head Start a encontrar un proveedor habitual de cuidado de salud para usted?  
**SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cómo?**

**NO LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA.**

- Tenía un proveedor de cuidado de salud antes de ingresar a Head Start . . . . . 01
- Head Start no ha ayudado, pero deseo que lo haga . . . . . 02
- Encontré un proveedor de cuidado de salud por mi cuenta . . . . . 03
- Me proporcionó información, incluyendo folletos,  
 reuniones o conversaciones . . . . . 04
- Me dio referencias, por ejemplo, llamadas telefónicas . . . . . 05
- Me proporcionó cuidado de salud directamente . . . . . 06
- Me ayudó de alguna otra forma (favor de especificar)\_\_\_\_\_ . . . . . 07

65-66/

63-64/

K16. ¿Hay alguien de su hogar que fume cigarrillos habitualmente?

- No . . . . . 01
- Sí . . . . . 02

67-68/  
69-78/B

K17. ¿Hay alguien de su hogar con problemas de alcohol?

No .....	01	
Sí .....	02	
Se rehusó .....	98	79-80/

K18. ¿Hay alguien de su hogar con problemas de drogas?

No .....	01	
Sí .....	02	
Se rehusó .....	98	81-82/

## L. SEGURIDAD EN EL HOGAR

L1. Dígame, por favor, si usted sigue ciertas prácticas de seguridad. ¿Usted...

	No	Sí	NA	No sabe
a. usa siempre un asiento de seguridad o cinturón de seguridad para (NIÑO/A) cuando está en el auto?	01	02	03	99 <small>13-14/</small>
b. mantiene los medicamentos en frascos a prueba de niños o fuera del alcance de los niños?	01	02	03	99 <small>15-16/</small>
c. tiene por lo menos un detector de humo en buenas condiciones y con buenas pilas en su hogar?	01	02	03	99 <small>17-18/</small>
d. mantiene los materiales de aseo fuera del alcance de los niños y/o en un gabinete con seguro?	01	02	03	99 <small>19-20/</small>
e. tiene un equipo de primeros auxilios en casa?	01	02	03	99 <small>21-22/</small>
f. mantiene el número del centro de control de envenenamientos y otros números de emergencia cerca de su teléfono?	01	02	03	99 <small>23-24/</small>
g. supervisa siempre a (NIÑO/A) cuando cruza la calle o anda en triciclo o bicicleta cerca del tráfico de autos?	01	02	03	99 <small>25-26/</small>
h. mantiene siempre fósforos y encendedores fuera del alcance de (NIÑO/A)?	01	02	03	99 <small>27-28/</small>
i. supervisa siempre a (NIÑO/A) cuando (él o ella) está en la bañera?	01	02	03	99 <small>29-30/</small>

### M. HOGAR Y CARACTERÍSTICAS DE SU VECINDARIO

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones que pueden ser difíciles para las familias. Le voy a hacer preguntas sobre cosas que pueden haberle ocurrido a usted o a quienes han vivido con usted el año pasado. Recuerde por favor que todas sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad. No le diremos a nadie lo que nos diga, ni siquiera a Head Start.



M1. Por cada uno de los puntos siguientes, dígame por favor la frecuencia con la que le ocurrieron a usted el año pasado..

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR CADA PUNTO.**

	<u>Nunca</u>	<u>Una vez</u>	<u>Más de una vez</u>	<u>Se rehusó</u>	
a. Ví que ocurrían crímenes no violentos en mi vecindario, por ejemplo, venta de drogas o hurtos.	01	02	03	98	13-14/
b. Oí o ví un crimen violento en mi vecindario.	01	02	03	98	15-16/
c. Conozco a alguien que fue víctima de un crimen violento en mi vecindario.	01	02	03	98	17-18/
d. Yo fui víctima de un crimen violento en mi vecindario.	01	02	03	98	19-20/
e. Fui víctima de un crimen violento en mi hogar.	01	02	03	98	21-22/

M2. ¿Ha sido (NIÑO/A) alguna vez testigo de un crimen o de violencia doméstica?

No .....	01	
Sí .....	02	
Se rehusó .....	98	
No sabe .....	99	23-24/

M3. ¿Ha sido (NIÑO/A) alguna vez víctima de un crimen o violencia doméstica?

No .....	01	
Sí .....	02	
Se rehusó .....	98	
No sabe .....	99	25-26/

M4. Desde que (NIÑO/A) nació, ¿ha/n sido usted u otro miembro de su hogar (o el padre o la madre natural que no vivan en su hogar) arrestados o acusados de algún crimen por la policía?

No .....	01	<b>PASE A M5</b>	
Sí .....	02		
Se rehusó .....	98	<b>PASE A M5</b>	27-28/

M4a. ¿Quién fue arrestado o acusado?

Se rehusó .....	98	<b>PASE A M5</b>	29-30/
-----------------	----	------------------	--------

M4b. ¿Pasó tiempo en prisión esa persona?

No .....	01		
Sí .....	02		
Se rehusó .....	98		31-32/

M5. ¿Ha vivido (NIÑO/A) alguna vez separado de usted (o de su madre) sin incluir vacaciones ni gestiones de custodia compartida?

No .....	01	<b>PASE A N1</b>	
Sí .....	02		
Se rehusó .....	98	<b>PASE A N1</b>	33-34/

M5a. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

35-36/ Se rehusó..... 98

M5b. ¿Con quién? \_\_\_\_\_

37-38/ Se rehusó..... 98

## N. SUS SENTIMIENTOS



- N1. Le voy a leer ahora una lista de sentimientos o actitudes que la gente tiene sobre sí misma. Después de leerle cada una, dígame si usted está totalmente en desacuerdo, está en desacuerdo, está de acuerdo, o está totalmente de acuerdo en sentirse así.

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR CADA PUNTO.**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
a. Realmente no hay forma de que yo pueda resolver algunos de los problemas que tengo.	01	02	03	04	13-14/
b. En ocasiones me siento golpeada(o) por la vida.	01	02	03	04	15-16/
c. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan.	01	02	03	04	17-18/
d. Puedo hacer casi cualquier cosa que me proponga hacer.	01	02	03	04	19-20/
e. A menudo me siento desamparado(a) al enfrentar los problemas de la vida.	01	02	03	04	21-22/
f. Lo que me pase en el futuro depende principalmente de mí.	01	02	03	04	23-24/
g. Hay poco que yo pueda hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida.	01	02	03	04	25-26/

Voy a leer una lista de formas en que usted puede haberse sentido o comportado. Dígame por favor la frecuencia con la que se sintió usted así durante la semana pasada.



N2. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada, se sintió usted (**ENTREVISTADOR: LEA EL ENUNCIADO**)? ¿Diría usted que raramente o nunca, algunas veces o durante poco tiempo, ocasionalmente o por un tiempo moderado, o la mayoría o todo el tiempo?

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR CADA PUNTO.**

	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Algunos o pocos días (1 a 2 Días)	Ocasional o moderadamente (3 a 4 Días)	La mayoría o todo el tiempo (5 a 7 Días)
a. fastidiado(a) por cosas que generalmente no le fastidian?	01	02	03	04 <small>27-28/</small>
b. sin ganas de comer, con poco apetito?	01	02	03	04 <small>29-30/</small>
c. que no podía quitarse la tristeza, ni siquiera con la ayuda de sus familiares y amigos?	01	02	03	04 <small>31-32/</small>
d. con problemas para mantener la mente en las cosas que estaba haciendo?	01	02	03	04 <small>33-34/</small>
e. deprimido(a)?	01	02	03	04 <small>35-36/</small>
f. que todo lo que hacía representaba un esfuerzo?	01	02	03	04 <small>37-38/</small>
g. temeroso(a)?	01	02	03	04 <small>39-40/</small>
h. con sueño intranquilo?	01	02	03	04 <small>41-42/</small>
i. que hablaba menos de lo normal?	01	02	03	04 <small>43-44/</small>
j. solo(a)?	01	02	03	04 <small>45-46/</small>
k. triste?	01	02	03	04 <small>47-48/</small>
l. que no podía ponerse "en marcha"?	01	02	03	04 <small>49-50/</small>

Muchas personas y grupos pueden ser útiles para los miembros de una familia que estén criando a un niño pequeño. Queremos saber qué tan útiles diferentes personas y grupos han sido para con su familia.



- N3. Díganos por favor qué tan útiles han sido cada uno de los siguientes en la crianza de (NIÑO/A) durante los últimos 3 a 6 meses. ¿Qué tan útil(es) ha(n) sido (**INSERTAR PERSONA O GRUPO**)? ¿Dígame si ha(n) sido (PERSONA) algunas veces útil(es), generalmente útil(es), muy útil(es) o extremadamente útil(es), o no ha/n sido útil(es) en lo absoluto.

**LEA LA LISTA. CIRCULE UNA RESPUESTA POR CADA PUNTO.**

¿Qué tan útil(es) ha(n) sido _____?	No muy útil(es)	Un tanto útil(es)	Muy útil(es)	No aplicable o no sabe	
a. el/la/los( padre/ madre/ padres) de (NIÑO/A)	01	02	03	99	51-52/
b. los abuelos u otros parientes	01	02	03	99	53-54/
c. Sus amigos(as)	01	02	03	99	55-56/
d. sus compañeros(as) de trabajo	01	02	03	99	57-58/
e. proveedores profesionales, como trabajadores sociales o consejeros	01	02	03	99	59-60/
f. personal de Head Start	01	02	03	99	61-62/
g. otro personal de cuidado infantil	01	02	03	99	63-64/
h. miembro(s) de grupos religiosos o sociales	01	02	03	99	65-66/
i. alguna otra persona (favor de especificar) _____	01	02	03	99	67-68/

N4. ¿Cuáles son las maneras más importantes en que siente que Head Start podría ayudar a (NIÑO/A) este año?  
**INDAGUE:** ¿Algo más?

**ENTREVISTADORES: REGISTREN LAS RESPUESTA A CONTINUACIÓN. AL FINAL DE LA ENTREVISTA, CODIFIQUEN LAS RESPUESTAS DE LA PAGINA 59.**

---

70-71/

---

72-73/

---

74-75/

---

76-77/

---

78-79/

---

80-81/

---

82-83/

---

84-85/

---

N5. ¿Cuáles son las maneras más importantes en que siente que Head Start podría ayudar a su familia este año?  
**INDAGUE:** ¿Algo más?

**ENTREVISTADORES: REGISTREN LAS RESPUESTA A CONTINUACIÓN. AL FINAL DE LA ENTREVISTA, CODIFIQUEN LAS RESPUESTAS DE LA PAGINA 59.**

---

86-87/

---

88-89/

---

90-91/

---

92-93/

---

94-95/

---

**ENTREVISTADORES: CODIFIQUEN LAS RESPUESTAS TEXTUALES DE N4 Y N5 EN LA PLANILLA A CONTINUACIÓN DESPUÉS DE HABER FINALIZADO LA ENTREVISTA.**

	<u>N4</u>	<u>N5</u>			
			<u>Cuidado del niño</u> .....	50	50
			Antes de Head Start .....	51	51
			Después de Head Start .....	52	52
			Para otros niños .....	53	53
				<u>N4</u>	<u>N5</u>
<u>Beneficios para el niño</u> .....	10	10	<u>Educación para adultos</u> .....	60	60
Preparación académica.....	11	11	Preparación para GED .....	61	61
Interacción social con otros niños .....	12	12	GED .....	62	62
Interacción social con adultos .....	13	13	Capacitación vocacional o técnica .....	63	63
Ayuda con el habla/language .....	14	14	Clases de educación para adultos .....	64	64
Salud, nutrición y vacunación del niño.....	15	15	Habilidades básicas del idioma inglés .....	65	65
Servicios dentales para el niño .....	16	16	Finanzas y presupuesto .....	66	66
Asesoría de salud mental .....	17	17	Asociado de Desarrollo de Niños (CDA) .	67	67
Ayuda para necesidades especiales .....	18	18	Recibió su licenciatura (B.A.).....	68	68
Resguardo/refugioseguro de la casa o barrio	19	19			
			<u>Beneficios para los padres</u> .....	70	70
<u>Cuidado de salud para la familia</u> .....	20	20	Destrezas de comunicación .....	71	71
Educación de salud (alimentación,			Disciplina .....	72	72
ejercicio) .....	21	21	Alimentación .....	73	73
Servicios médicos .....	22	22	Lectura y educación .....	74	74
Servicios dentales .....	23	23	Entendimiento del crecimiento y		
Asesoría de salud mental .....	24	24	desarrollo del niño .....	75	75
			Alimentación y vestimenta .....	76	76
<u>Habilidades del niño</u> .....	25	25	Regalos de días feriados, juguetes y libros	77	77
Independencia .....	26	26			
Modales .....	27	27	<u>Beneficios sociales para los padres</u> .....	80	80
Buenas costumbres (ordenar juguetes,			Hacer nuevos amigos .....	81	81
poner la mesa, etc.) .....	28	28	Mejorar la autoconfianza .....	82	82
			Apoyo social o emocional .....	83	83
<u>Contactos y/o información</u> .....	30	30	Satisfacción familiar .....	84	84
Servicios sociales .....	31	31			
Asesoramiento jurídico .....	32	32	<u>Trabajos voluntarios</u> .....	90	90
Asistencia pública .....	33	33	<u>Vivienda</u> .....	91	91
Medicaid, etc. ....	34	34	<u>Transporte</u> .....	92	92
			<u>Head Start no puede ayudar</u> .....	93	93
<u>Empleo</u> .....	40	40			
Destrezas laborales .....	41	41			
Destrezas para buscar trabajo .....	42	42			
Destrezas para entrevistas laborales .....	43	43			
Oportunidades laborales .....	44	44			

Otro (favor de especificar) .....	98	98
_____		
_____		
No sabe .....	99	99

N6. Si pudiera cambiar algo del programa Head Start que considere que ayudaría a servirle mejor a usted y a su niño, ¿qué sería?

\_\_\_\_\_ 102-103/

\_\_\_\_\_ 104-105/

\_\_\_\_\_ 106-107/

\_\_\_\_\_ 108-109/

\_\_\_\_\_ 110-111/

\_\_\_\_\_ 112-113/

\_\_\_\_\_ 114-115/

\_\_\_\_\_ 116-117/

**PASE A LA Sección P**

**O: GRADO DE CONFIANZA****COMPLETE DESPUÉS DE CONCLUIR LA ENTREVISTA.**

O1. Código de evaluación de la entrevista:

El/la entrevistado(a) terminó la entrevista prematuramente .....	01
El/la entrevistado(a) se rehusó a ser entrevistado(a) .....	02
El/la entrevistado(a) no pudo responder (favor de especificar) _____	15-16/ 03
Entrevista concluida .....	04 13-14/

O2. Califique por favor las cualidades siguientes del entrevistado, la situación en que se efectuó la entrevista y los datos. El entrevistado (fue/estuvo):

a. capaz de entender las preguntas fácilmente	7	6	5	4	3	2	1	difícilmente pudo entender	17/
b. veraz	7	6	5	4	3	2	1	no veraz	18/
c. preciso	7	6	5	4	3	2	1	impreciso	19/
d. interesado en la entrevista	7	6	5	4	3	2	1	no interesado en la entrevista	20/
e. cooperativo	7	6	5	4	3	2	1	no cooperativo	21/
f. sin problema con el inglés	7	6	5	4	3	2	1	habló inglés con gran dificultad	22/
g. entrevistado sin interrupción	7	6	5	4	3	2	1	interrupciones frecuentes	23/
h. Su opinión sobre la calidad general de los datos:									
Alta	7	6	5	4	3	2	1	Baja	24/

**NO SE OLVIDE DE CODIFICAR N4 Y N5 EN LA PÁGINA 59.**

**P: INFORMACIÓN PARA SEGUIMIENTO**

Gracias por dedicarme este tiempo. Me gustaría agradecerle su participación en esta entrevista y darle un dinero en unos cuantos minutos. Como le expliqué antes, planeamos entrevistar(a) de nuevo en el Otoño y necesitamos saber cómo nos podemos poner en contacto con usted.

P1. ¿Cuál es su número telefónico? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ **PASE A P3A**  
(código de área)

- No tiene teléfono ..... 01
- Se rehusó ..... 98

P2. ¿Me puede dar un número al que me pueda comunicar con usted? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_  
(código de área)

- No tiene teléfono ..... 01 **PASE A P3A**
- Se rehusó ..... 98 **PASE A P3A**

P3. ¿De quién es ese teléfono?  
Nombre: \_\_\_\_\_

- Se rehusó ..... 98

P3a. Tiene usted otro numero como el de un beeper o un teléfono celular?

- No beeper o teléfono celular ..... 01

Beeper: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

P4. Deme por favor su dirección permanente.

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle	Apt.	
Población o ciudad	Estado	Código postal

P5. ¿En dónde está usted empleado(a)? \_\_\_\_\_  
No empleado(a)..... 01 **PASE A P7A**

P6. ¿Cuál es el número telefónico de su trabajo? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

(código de área) No. de teléfono

Me podría decir los nombres, direcciones y números telefónicos de tres personas que sepan cómo comunicarse con usted dentro de un año.

P7a. Nombre del Contacto 1: \_\_\_\_\_

P7b. Parentesco con el (la) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Pariente (favor de especificar) \_\_\_\_\_ No pariente

P7c. Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Teléfono

Población o Ciudad

Estado

Código postal

P8a. Nombre del Contacto 2: \_\_\_\_\_

P8b. Parentesco con el (la) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Pariente (favor de especificar) \_\_\_\_\_ No pariente

P8c. Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Teléfono

Población o Ciudad

Estado

Código postal

P9a. Nombre del Contacto 3: \_\_\_\_\_

P9b. Parentesco con el (la) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Pariente (favor de especificar) \_\_\_\_\_ No pariente

P9c. Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Teléfono

Población o Ciudad

Estado

Código postal

**OBTENGA LA FIRMA A CONTINUACIÓN. RETIRE LA SECCIÓN P DEL CUESTIONARIO. DESPRENDA LA ÚLTIMA PÁGINA CON LOS NOMBRES Y DÉSELA AL ENTREVISTADO.**

Autorizo a las personas arriba nombradas a que den mi dirección y número telefónico actuales a un representante del estudio FACES de Head Start.

\_\_\_\_\_  
Firma del/a entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Estudio de las Experiencias de los Padres y Niños Participantes del Programa Head Start**

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

Louisa Tarullo, Ed.D.  
Administration on Children, Youth and Families  
(202) 205-9632

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

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

Puede enviar sus comentarios en relación con la carga de la entrevista o cualquier otro aspecto de la recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir tal carga, a:

Reports Clearance Officer  
Administration for Children and Families  
U.S. Department of Health and Human Services  
370 L'Enfant Promenade, S.W.  
Washington, D.C. 20447

Office of Management and Budget [Oficina de Presupuesto y Gerencia]  
Paperwork Reduction Project [Proyecto de Reducción del Papeleo]  
No. de control de OMB: 0970-0151 Exp. 06/2000  
Washington, D.C. 20503