

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



Suplemento de la entrevista de la primavera del '98 a los padres de familia

No. de identificación de la persona entrevistada__ - - - - -

A3. ¿Cuándo NIÑO empezó a ir a Head Start? _____ / _____
Mes Año 13-16/

A4. ¿Cómo se enteraron usted y NIÑO de este programa de Head Start?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- Por un familiar o amigo..... 01 17-18/
- Referidos de otra agencia..... 02
- Alguien me informó (word of mouth)..... 03
- Head Start visitó nuestra casa..... 04
- Hubo niños mayores que estuvieron en Head Start..... 05
- Por un volante/una carta circular..... 06
- De otra manera (Por favor, especifique)_____19-20/..... 07

A5. ¿Cómo llega generalmente NIÑO al Programa de Head Start para asistir a las clases o a las actividades de grupo?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- Autobús escolar de Head Start..... 01 21-22/
- Transporte personal (incluyendo carro y carro compartido)..... 02
- Transporte público (autobús o tren)..... 03
- Caminando..... 04
- De otra manera (Por favor, especifique)_____23-24/..... 05
- No lo sé (Give prompt)..... 99

A6. ¿Cuánto tiempo le toma a NIÑO ir de su casa al Centro? __ _ minutos 25-26/

A7. ¿Cuántos días por semana asiste NIÑO a Head Start?
 __ _Días por semana [para niños con base en el centro] 27-28/

__ _Días por mes [para niños con base en la casa]

29-30/

A8. ¿Cuántas horas por día pasa NIÑO en Head Start? __ _horas por día

31-32/

A9. ¿Asistió NIÑO a otro programa o centro para el cuidado de niños o para el desarrollo infantil antes de ingresar al programa de Head Start?

No.....

01

SKIP TO A13

33-34/

Sí.....

02

A10. ¿Qué edad tenía NIÑO cuando empezó a participar en este programa? _____ meses

35-36/

A11. ¿Qué edad tenía NIÑO cuando dejó de asistir a este programa? _____ meses

Todavía asiste80

37-38/

A13. ¿Estuvo usted matriculada(o) en un programa de Head Start cuando era niña(o)?

No.....

01

39-40/

Sí.....

02

No lo sé

99

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre diferentes tipos de arreglos para el cuidado de NIÑO, distinto a Head Start, que pueda haber usado para NIÑO.

J1. Pensemos en los años antes de que e NIÑO estuviera matriculado en Head Start. Durante ese tiempo, ¿lo cuidaba en forma regular (10 horas por semana o más) alguna otra persona que no fuera usted?

No

01

SKIP TO G25

41-42/

Sí

02

J2. ¿Qué edad tenía NIÑO cuando empezó en este cuidado por 10 o más horas por semana? _____ meses de edad

43-44/

J3. Pensando en todos los arreglos que se hicieron para el cuidado de NIÑO antes de su ingreso a Head Start, (a) ¿dónde y quién cuidaba a NIÑO? (b) ¿cuáles de los arreglos para su cuidado usaba usted con mayor frecuencia?

DO NOT READ LIST.

HAGA UN
CÍRCULO
ALREDEDOR DE
TODO LO
APLICABLE

HAGA UN
CÍRCULO
ALREDEDOR
DEL ARREGLO
USADO CON
MAYOR
FRECUENCIA

(a)

(b)

En la residencia de NIÑO,
por parte de un pariente

01 45-46/

01 63-64/

En la residencia del NIÑO,
por parte de una persona no
pariente

02 47-48/

02

En la casa de un pariente

03 49-50/

03

En la casa de amistades o
vecinos

04 51-52/

04

En una guardería familiar

05 53-54/

05

Otro tipo de centro para el
cuidado infantil o programa
para el desarrollo infantil

06 55-56/

06

En Head Start (aparte del
tiempo pasado en la clase)

07 57-58/

07

En otro sitio (por favor,
especifique)_____61-62/

08 59-60/

08

J4. Antes de ingresar en Head Start, ¿en cuántas guarderías infantiles u otros arreglos diferentes

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

pasaba NIÑO 10 o más horas por semana?

___ ___ arreglos
65-66/

G25. ¿Se habla otro idioma en su casa aparte de inglés?

No 01
Sí 02

SKIP TO G31

67-68/

G26. ¿Qué idiomas se hablan?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

Francés	01	69-70/
Español.....	02	
Camboyano (Khmer).....	03	
Chino.....	04	
Creole de Haití.....	05	
Hmong.....	06	
Japonés.....	07	
Coreano.....	08	
Vietnamita.....	09	
Árabe.....	10	
Otro idioma (por favor, especifíquelo).....	11	71-72/.....

G27. ¿Necesita usted u otra persona de su familia que haya alguien de Head Start les pueda hablar en (LANGUAGE from G26)?

No..... 01

SKIP TO G29

Sí..... 02 73-74/

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

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

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

No.....	01	75-76/
Sí.....	02	

G29. ¿Necesita o quiere NIÑO una persona del personal de enseñanza de Head Start que entienda (LANGUAGE from G26)?

No..... 0 1

SKIP TO G31

Sí..... 02 77-78/

G30. ¿Hay alguien disponible en la clase de Head Start para que el NIÑO le pueda hablar en (LANGUAGE from G26)?

No..... 01 79-80/

Sí..... 02

G31. ¿Cuál es el origen racial o étnico de NIÑO?

**DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.
IF MULTIRACIAL, CODE UNDER "OTHER."**

Asiático o de las islas del Pacífico..... 01 81-82/

Negro (afroamericano, no hispano) 02

Blanco (no hispano)..... 03

Hispano (Latino)..... 04

Americano nativo o amerindio o nativo de Alaska..... 05

Otro (Por favor, especifique)..... 83-84/..... 06

G32. ¿En qu país nació NIÑO?

Estados Unidos..... 0 1

SKIP TO G34

Otro (Por favor, especifique el país)..... 87-88/..... 02 85-86/

G33. ¿Cuántos años hace que NIÑO vive en Estados Unidos? ____ ____ años 89-90/

G34. ¿En qué país nació usted?

Estados Unidos..... 01

SKIP TO G38

Otro (Por favor, especifique el país)..... 93-94/..... 02 91-92/

G35. ¿Cuántos años hace que usted vive en los Estados Unidos? ____ ____ años 95-96/

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

No..... 01

SKIP TO G38

Sí..... 02 97-98/

G37. ¿Por cuántos años fue a la escuela antes de venir a los Estados Unidos? ____ ____ años 99-100/

G38. ¿Cuántos grados de la escuela completó?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

Ninguna instrucción escolar..... 00 101-102/

Menos del octavo grado..... 0

Octavo grado..... 8

Noveno grado..... 9

Décimo grado..... 0

Undécimo grado..... 1

Duodécimo grado..... 2

G39. ¿Obtuvo el diploma de la escuela secundaria o el GED?

- No..... 0 1
- SKIP TO G42**
- Sí, el diploma..... 02 103-104/
- Sí, GED..... 03

G40. ¿Asistió a la universidad?

- No..... 0 1
- SKIP TO G42**
- Sí..... 02 105-106/

G41. ¿Tiene algún título universitario? (IF YES) ¿Cuál es su título más alto?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.

- No..... 01 107-108/
- Sí, grado Asociado..... 02
- Sí, Bachillerato..... 03
- Sí, título de Escuel Graduada..... 04

G42. ¿Asistió a una escuela vocacional o técnica?

- No..... 01 109-110/
- Sí..... 02

G43. ¿Obtuvo algún certificado o licencia relacionados con el trabajo?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

- No..... 01 111-112/
- Sí, licencia o certificado..... 02 113-114/
- Sí, CDA (Asociado en Desarrollo Infantil)..... 03 115-116/

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

Sí, otro (Por favor especifíquelo)_____119-120/.....

04

117-118/

H16. Desde que NIÑO nació, ¿se ha encontrado usted osu familia sin hogar permanente para vivir o sin vivienda estable para vivir?

No..... 01
SKIP TO H20
 Sí..... 02 121-122/

H17. ¿Cuántas veces sucedió esto? _____ veces 123-124/

H18. ¿Dónde vivieron en esa ocasion?

DO NOT READ LIST. CIRCLE ALL THAT APPLY.

Refugio para desamparados..... 01 125-126/
 En la calle..... 02 127-128/
 En un carro..... 03 129-130/
 En un motel..... 04 131-132/
 Compartiendo con otros como única solución.....05 133-134/
 Otro sitio (Por favor, especifíquelo).....137-138/..... 06 135-136/

H19. ¿Cuál fue el periodo más largo que pasaron sin tener un lugar para vivir?
 _____ días 0 139-140/
 _____ semanas 0 141-142/
 _____ meses 143-144/

H20. Desde que el NIÑO comenzó a ir a Head Start, ¿han estado sin vivienda en algún momento?

No..... 01 145-146/
 Sí..... 02

K3. ¿Cuánto pesó NIÑO al nacer ? _____ Libras _____ Onzas 149-150/
 147-148/ No lo sé99

G2a. ¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer hijo?

___ ___ años
151-152/

**RETURN TO PARENT INTERVIEW
Question Q6 Page 64**