

SPANISH INTERVIEWS

from the MSHS Research Design
Development Project: Parent Interview,
Center/Staff Interview, and Teacher Interviews



SPANISH



***Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio
de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada***

Entrevista de los Padres (Completa)

Child ID number: _____

Child name: _____

Birth date: ____/____/____

Child gender (*circle*): F M

Nombre de la Agencia/Programa (Si Corresponde): _____

Nombre del Centro MSHS (Si Corresponde): _____ Dirección el Centro: _____

Nombre/Identificación del Padre o la Madre: _____

Lugar de la Entrevista (CIRCULE UNO.): Centro MSHS Hogar Otro (ESPECIFIQUE) _____

Fecha(s): _____

Entrevistador: _____

Completa

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| SC. ELEGIBILIDAD | 1 |
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| SC. ELEGIBILIDAD | 3 |
| A. PARIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA, COMPOSICIÓN DEL HOGAR | 5 |
| B. VIVIENDA Y ARREGLOS DE VIVIENDA | 9 |
| C. USO DEL IDIOMAS Y ALFABETIZACIÓN | 12 |
| D. EMPLEO DE LOS PADRES..... | 14 |
| E. TRABAJO Y MIGRACIÓN UN AÑO ANTES (DE LA ENTREVISTA) | 17 |
| E15. TRABAJO FUTURO Y MIGRACIÓN | 21 |
| E22. SEGURO DE SALUD..... | 23 |
| F. PARTICIPACIÓN EN HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE TEMPORADA | 24 |
| F16. ARREGLOS DE CUIDADO INFANTIL..... | 28 |
| G. ACTIVIDADES CON SU NIÑO..... | 29 |
| G8. REGLAS DEL HOGAR | 32 |
| H. LOS LOGROS DE SU NIÑO | 33 |
| I. SALUD Y DISCAPACIDADES DEL NIÑO | 36 |
| J. SALUD Y NUTRICIÓN DE LA FAMILIA..... | 39 |
| K. CREENCIAS DE LOS PADRES..... | 41 |
| L. APOYO SOCIAL..... | 42 |
| M. ACCESO A Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS | 43 |
| N. SUS SENTIMIENTOS | 45 |
| O. SATISFACCIÓN CON HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE TEMPORADA | 46 |
| P. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA..... | 48 |
| Q. INFORMACIÓN DE CONTACTO..... | 51 |
| R. ÍNDICE DE CONFIANZA..... | 57 |
| APÉNDICE: TARJETAS DE RESPUESTAS | |

SC. ELEGIBILIDAD

SC1. INDIQUE QUIÉN ESTÁ PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA, ADEMÁS DEL ENTREVISTADO.
(CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA.)

- NADIE..... 0
- MADRE..... 1
- PADRE 2
- NIÑO DEL ESTUDIO 3
- HERMANOS..... 4
- OTROS NIÑOS 5
- OTROS ADULTOS..... 6

SC2. IDIOMA DE LA ENTREVISTA:

- INGLÉS 1
- ESPAÑOL..... 2
- OTRO (ESPECIFIQUE)_____ 3

SC3. ¿SE COMPLETARÁ LA ENTREVISTA POR COMPLETO O EN PARTE CON UN INTERPRETE?

- SÍ 1
- NO 2 (INTRODUCCIÓN)

SI ES "SÍ": ASEGÚRESE QUE EL INTERPRETE HAYA FIRMADO EL FORMULARIO DE CONFIDENCIALIDAD ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, es un proyecto financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (“DHHS” por sus siglas en inglés), el cuál auspicia el Programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada (“MSHS” por sus siglas en inglés). El proyecto está dirigido a averiguar acerca de las familias trabajadoras agrícolas y cómo los programas Head Start para Familias Migrantes y de Temporada les están ayudando a satisfacer sus necesidades. Una parte muy importante del estudio es aprender de los padres acerca de sus niños.

Es importante decirle a usted que en este estudio estamos viendo solamente cómo estudiar los programas Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, y podemos aprender esto haciéndole algunas preguntas. Si en algún momento cree que la pregunta que le estamos haciendo no tiene sentido, o, que no le estamos preguntando algo importante, por favor dígame. Al final de la entrevista le pediré que me diga lo que piensa sobre la entrevista para que así podamos hacer las preguntas adecuadas en un estudio futuro.

Le aseguramos que toda la información que reunamos de usted y acerca de su niño será mantenida estrictamente confidencial. Si usted participa o no en el estudio no afectará la manera que usted y su niño sean tratados por el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada. Ninguna información estará jamás conectada con su nombre o el de su niño. Sólo revelaremos la información que usted nos autorice dar y aquella que exige la ley, tal como si vemos que un niño es maltratado o está en peligro, estamos obligados a informarlo a las autoridades apropiadas, lo cual puede resultar en una acción oficial de acuerdo a la Ley del Estado. Esta entrevista tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo.

Antes de comenzar, por favor permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda a una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es OMB# 0970-0262 (vence 03/31/07). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 60 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes de empezar?

SC. ELEGIBILIDAD

Primero, necesito confirmar la información que ya tenemos acerca de usted y de [NIÑO MSHS].

SC4. Tengo anotado el nombre completo de [NIÑO MSHS] como _____ .
¿Es correcto? (CONFIRME LA ORTOGRAFÍA)

SÍ 1 (SC5)
NO 2 (SC4)

SC4A. ¿Cuál es el nombre correcto de su niño? (CONFIRME LA ORTOGRAFÍA)

NOMBRE: _____

SC5. Nos gustaría entrevistar a la madre, o al padre, o al guardián, que vive con [NIÑO MSHS] que sepa más acerca del cuidado y educación del niño. ¿Es usted esa persona?

SÍ 1 (SC7)
NO 2 (SC6)

SC6. ¿Quién es la madre, o el padre, o el tutor, que vive con [NIÑO MSHS] y que sabe más acerca del cuidado y educación del niño?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____

TERMINE LA ENTREVISTA

SC7. ¿Quisiera hacer esta entrevista solo(a) o con su esposo(a), ya que nos gustaría oír de los dos? [SI LA PERSONA ENTREVISTADA DICE "CON MI ESPOSO(A)", PREGUNTE: ¿Está disponible su esposo(a) para hacer la entrevista ahora o debemos hacer una nueva cita?]

SOLO(A)..... 1 (PASE A SC9)
CON MI ESPOSO(A), AHORA..... 2 (PASE A SC9)
CON ESPOSO(A), HAGA NUEVA CITA. 3 (PASE A SC8)

SC8. ¿Cuándo sería un momento conveniente para los dos, usted y su esposo(a)?

HORA: _____ FECHA: _____

MUCHAS GRACIAS

TERMINE LA ENTREVISTA

SC9. ¿Es [NIÑO MSHS] de origen español, hispano, o latino?

SÍ 1
NO 2

SC10. ¿Cuál es la raza de [NIÑO MSHS]? Puede mencionar más de una si gusta. (CIRCULE TODAS LAS MENCIONADAS.)

- a. BLANCA..... 01
- b. NEGRA, AFROAMERICANA..... 02
- c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA
(ESPECIFIQUE) _____ 03
- d. ASIÁTICA O DE LAS ISLAS DEL PÁCIFICO
(ESPECIFIQUE) _____ 04
- e. OTRA RAZA
(ESPECIFIQUE) _____ 05

A. PARIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA, COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Deseamos averiguar acerca de sus parientes y de los miembros de su familia, aquellos que están viviendo con usted y con [NIÑO MSHS] y aquellos que no están viviendo con usted y con [NIÑO MSHS].

A1. Primero, por favor dígame el **nombre** del niño matriculado en Head Start para Familias Migrantes y de Temporada.

Segundo, dígame su **nombre** y el **nombre** de todos los miembros de la familia que comparten los INGRESOS y los gastos y que están viviendo actualmente con usted.

Tercero, dígame el **nombre** de todos los miembros directos de la familia que están viviendo en otra parte. Esto debe incluir a su esposo(a), así como a cualquier niño natural, adoptado, y otros niños que usted mantenga.

POR CADA PERSONA ENUMERADA EN LA PREGUNTA A1, PREGUNTE LO SIGUIENTE SUBSTITUYENDO LA PALABRA "NOMBRE" POR EL NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA.

A2. ¿Es [NOMBRE]:

- De sexo masculino, o 0
- De sexo femenino?..... 1

A3. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NOMBRE] con [NIÑO MSHS]?

- Madre/Padre (de nacimiento)..... 01
- Madre/Padre (adoptiva/o)..... 02
- Madrastra/Padrastra..... 03
- Madre/Padre (adoptivo(a) temporal/
"foster")..... 04
- Compañero(a) de la madre o del padre.. 05
- Abuela(o) 06
- Bisabuela(o) 07
- Hermano (de padre y madre, medio,
adoptivo(a) temporal/"foster")..... 08
- Madrina/Padrino 09
- Tía/Tío 10
- No, es pariente o familiar 11
- Otro (ESPECIFIQUE) 12

A4. ¿Cuál es el estado civil actual (suyo/de él/ella)? [PREGUNTE SOLO PARA EL/LA ENTREVISTADO(A) Y CÓNYUGE]

- CASADA(O) (INCLUYENDO VIVIENDO
JUNTOS) 1
- SEPARADA(O)..... 2
- DIVORCIADA(O)..... 3
- VIUDA(O) 4

A5. ¿Qué edad tiene (NOMBRE/usted)? (PARA TODOS LOS ANOTADOS EN EL HOGAR.)

- A6. ¿En qué mes y año nació [NIÑO MSHS]?
- A7. ¿Dónde nació (usted/NOMBRE)? (ANOTE EL PAÍS Y ESTADO. SI ES UN PAÍS EXTRANJERO, ANOTE EL PAÍS Y EL ESTADO O PROVINCIA O DEPARTAMENTO O CIUDAD)
- A8. SI NACÍÓ EN OTRO PAÍS: ¿En que año ingresó (usted/NOMBRE) por primera vez a EE.UU. para vivir o para trabajar?
SI NACÍÓ EN EE.UU.: marque N/A
Si nunca ingresó a EE.UU.: marque N/E.
- A9. ¿Vive actualmente [NOMBRE] con [NIÑO MSHS]?
- | | |
|---|---|
| SÍ | 1 |
| No (Si no, ¿dónde está NOMBRE ahora?) | 2 |
- ANOTE LUGAR (CIUDAD/ ESTADO. SI NACÍÓ EN EL EXTRANJERO ANOTE ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD PAÍS)
- A10. ¿Ha asistido (usted/NOMBRE) alguna vez a Head Start para Familias Migrantes y de Temporada?
- | | |
|-------------------|---|
| Ahora | 1 |
| En el pasado..... | 2 |
| Nunca | 3 |
- A11. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que (usted/NOMBRE) completó?
[PREGUNTE SOLAMENTE PARA EL/LA ENTREVISTADO(A) Y CÓNYUGE.]
- A12. En que país completó (usted/NOMBRE) el grado más alto de estudios?
[PREGUNTE SOLAMENTE PARA EL/LA ENTREVISTADO(A) Y CÓNYUGE.]

CUADRO DE PARIENTES Y FAMILIARES

**[INCLUYA A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEL NIÑO MSHS:
 NÚCLEO DE LA FAMILIA Y PARIENTES, ACTUALMENTE VIVIENDO O NO CON EL NIÑO MSHS.]**

| A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 |
|---|---------------|---|--|------|--|--|---|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| NOMBRE <i>[PRIMERO EL NOMBRE DEL NIÑO MSHS. SEGUIDO POR EL NOMBRE DEL ENTREVISTADO, DESPUÉS CÓNYUGE Y TODOS LOS DEMÁS. NOMBRE SOLAMENTE]</i> | GÉNERO | PARENTESCO CON [NIÑO MSHS] (CÓDIGO) | ESTADO CIVIL | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) (SOLO PARA [NIÑO MSHS]) | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS Y ESTADO) | PRIMERA VEZ QUE ENTRÓ A EE.UU. (MM/AA) | ¿VIVE CON [NIÑO MSHS] ACTUALMENTE? SI NO, ¿DÓNDE? (PAÍS/ESTADO) | ¿ASISTIÓ (ALGUNA VEZ) A MSHS? | ¿GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ? | PAÍS DONDE FUE A LA ESCUELA |
| [NIÑO MSHS] | M F | | | | | | | | | | |
| [ENTREVISTADO] | M F | | C..... 01 S..... 02 D..... 03 V..... 04 | | | | | | AHORA..... 01 PASADO ..02 NUNCA..... 03 | | |
| [CÓNYUGE] | M F | | C..... 01 S..... 02 D..... 03 V..... 04 | | | | | | AHORA..... 01 PASADO ..02 NUNCA..... 03 | | |
| | M F | | | | | | | | AHORA..... 01 PASADO ..02 NUNCA..... 03 | | |
| | M F | | | | | | | | AHORA..... 01 PASADO ..02 NUNCA..... 03 | | |
| | M F | | | | | | | | AHORA..... 01 PASADO ..02 NUNCA..... 03 | | |
| CÓDIGOS PARA A3 (PARENTESCO): 01=MADRE/PADRE (BIOLÓGICO) 04=MADRE/MADRE (ADOPTIVO(A) TEMPORAL/"FOSTER") 07=BISABUELO(A) 09=MADRINA/PADRINO 02=MADRE/PADRE (ADOPTIVO) TEMPORAL/"FOSTER") 08=HERMANO(A) (DE 10= TÍA/TÍO 03= MADRASTRA/PADRASTRO 05=COMPAÑERO(A) DE LA MADRE MADRE Y PADRE, 11= NO PARIENTE O DEL PADRE MEDIO, ADOPTIVO(A), 12= OTRO: ESPECIFIQUE 06= ABUELO(A) ADOPTIVO(A) TEMPORAL/"FOSTER") | | | | | | | | CÓDIGOS PARA A11 (TIPO DE EDUCACIÓN): 0=NO ASISTE 4=UNIVERSIDAD 1=ESCUELA PUBL. 5=EDUCACIÓN PARA 2=EDUC. MIGRANTE ADULTOS 3=MIGRANT/HEAD 6=OTRO START | | | |

CUADRO DE PARIENTES Y FAMILIARES

**[INCLUYA A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEL NIÑO MSHS:
NÚCLEO DE LA FAMILIA Y PARIENTES, ACTUALMENTE VIVIENDO O NO CON EL NIÑO MSHS.]**

| A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 |
|---|--------|--|-----------------|------|--|--|---|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| NOMBRE [CONTINUACIÓN TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS. NOMBRE SOLAMENTE] | GÉNERO | PARENTESCO CON [NIÑO MSHS] (CÓDIGO) | ESTADO CIVIL | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) (SOLO PARA [NIÑO MSHS]) | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS Y ESTADO) | PRIMERA VEZ QUE ENTRÓ A EE.UU. (MM/AA) | ¿VIVE CON [NIÑO MSHS] ACTUALMENTE? SI NO, ¿DÓNDE? (PAÍS/ESTADO) | ¿ASISTIÓ (ALGUNA VEZ) A MSHS? | ¿GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ? | PAÍS DONDE FUE A LA ESCUELA |
| | M | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | F | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | M | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | F | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | M | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | F | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | M | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| | F | | | | | | | | AHORA01 PASADO ..02 NUNCA.....03 | | |
| CÓDIGOS PARA A3 (PARENTESCO): 01=MADRE/PADRE (BIOLÓGICO) 04=MADRE/MADRE (ADOPTIVO(A) TEMPORAL/"FOSTER") 07=BISABUELO(A) 09=MADRINA/PADRINO 02=MADRE/PADRE (ADOPTIVO) TEMPORAL/"FOSTER") 08=HERMANO(A) (DE 10= TÍA/TÍO 03= MADRASTRA/PADRASTRO 05=COMPAÑERO(A) DE LA MADRE MADRE Y PADRE, 11= NO PARIENTE O DEL PADRE MEDIO, ADOPTIVO(A), 12= OTRO: ESPECIFIQUE 06= ABUELO(A) ADOPTIVO(A) TEMPORAL/"FOSTER") | | | | | | | | CÓDIGOS PARA A11 (TIPO DE EDUCACIÓN): 0=NO ASISTE 4=UNIVERSIDAD 1=ESCUELA PUBL. 5=EDUCACIÓN PARA 2=EDUC. MIGRANTE ADULTOS 3=MIGRANT/HEAD 6=OTRO START | | | |

B. VIVIENDA Y ARREGLOS DE VIVIENDA

Ahora quisiera preguntarle acerca de otras personas que viven en este hogar con [NOMBRE DEL NIÑO MSHS], pero que no comparten los ingresos o gastos con usted.

| B. INFORMACIÓN DEL HOGAR. OTRAS PERSONAS NO ANOTADAS EN LA SECCIÓN A (TABLA DE PARIENTES Y FAMILIARES) QUE VIVEN CON EL NIÑO MSHS | | | |
|---|-------|---|---------------------------------|
| B1. Aparte de aquellas personas que usted ya nombró, ¿cuántas otras personas viven en el mismo hogar que [NOMBRE DEL NIÑO MSHS]? | | | |
| _____ (personas) | | | |
| De estas, [CANTIDAD DE ARRIBA] personas, ¿cuántas... | | B2. ¿Cuántos son parientes de [NIÑO MSHS]? | B3. ¿Cuántos asisten a MSHS? |
| (a) ...son adultas (tienen 18 años o mas)? | _____ | _____ | |
| (b) ...tienen de 7 a 17 años? | _____ | _____ | |
| (c) ...tienen 6 años o menos? | _____ | _____ | _____ |
| (d) ...usted no sabe qué edad tienen? | _____ | _____ | |

B4. Actualmente, ¿en qué tipo de vivienda vive [NIÑO MSHS] (tipo de estructura en este lugar) [LEA LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE]:

...¿Es un(a)...

- Casa Móvil? 01
- Casa o cabaña unifamiliar [separada]? 02
- Casa unifamiliar adosada en hilera, dúplex [unidos] 03
- Apartamentos [dos o más en un edificio] 04
- Dormitorios o barracas? 05
- Campamento o carpa? 06
- Motel u hotel? 07
- Sin refugio ["desamparado." Incluye "durmiendo en un auto"]? 08 (SECCIÓN C)
- Otro (ESPECIFIQUE) 09

B5. ¿Qué tipo de arreglo de pago tiene usted para su vivienda? (INDAGUE: ¿Cómo paga?) [SI EL PAGO ES SOLAMENTE POR LOS SERVICIOS PÚBLICOS, CONSIDÉRELO GRATIS. NO LEA LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE.]

- RECIBO VIVIENDA GRATIS DE MI PATRÓN..... 01
- PAGO POR LA VIVIENDA QUE ME PROPORCIONA MI PATRÓN PAGO DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE DESCUENTO DE MI SALARIO) 02
- PAGO POR MI VIVIENDA PROPORCIONADA POR EL GOBIERNO, CARIDAD, U OTRA INSTITUCIÓN NO RELACIONADA CON EL TRABAJO..... 03
- VIVIENDA GRATIS (YO O MIEMBRO DE LA FAMILIA ES DUEÑO DE LA VIVIENDA O VIVO GRATIS CON AMIGOS O PARIENTES 04
- ALQUILO DE ALGUIEN QUE NO ES MI PATRÓN (PARIENTES O NO PARIENTES)..... 05
- ESTOY COMPRANDO MI CASA 06
- OTRO, (ESPECIFIQUE)_____ 07

B6. ¿Dónde está localizada su vivienda? [LEA TODAS LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE]

- ¿Fuera del rancho?..... 01
- ¿En el rancho? 02
- ¿Otro? (ESPECIFIQUE)_____ 03

B7. En su vivienda actual, ¿cuántos cuartos se usan para dormir?

CUARTOS

B8. ¿Cuántas personas en total duermen en estos cuartos?

PERSONAS

VERIFIQUE LA RESPUESTA SUMANDO EL TOTAL DE PERSONAS ANOTADAS EN LA TABLA DE PARIENTES Y FAMILIARES MÁS EL TOTAL EN B1. SI LAS RESPUESTAS NO COINCIDEN, HAGA LOS CAMBIOS APROPIADOS.

B9. ¿Tiene usted acceso a instalaciones que funcionen en la cocina en esta casa/vivienda, tales como: (LEA TODAS LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- Lavaplatos/fregadero con agua de tubería, 1
 Refrigerador, 2
 Estufa u hornillo, o 3
 Nada?..... 4

B10. ¿Tiene usted acceso a instalaciones de baño que funcionen en esta casa/vivienda, tales como: (LEA TODAS LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- Lavamanos con agua de tubería, 1
 "Regadera"/ducha o bañera con agua de tubería,..... 2
 "Toilet"/inodoro/excusado con agua de tubería 3
 O nada? 4

B11. En este lugar, ¿cuánto paga usted por la vivienda (incluyendo vivienda para usted y su familia, si ellos viven con usted)?

\$|_|_|_|_| DÍA / SEMANA / MES

- NO SÉ, LO DEDUCEN DE MI SALARIO..... 92
 NO SÉ/NO RECUERDO, PERO NO ME LO DEDUCEN
 DE MI SALARIO..... 93
 OTRO (ESPECIFIQUE) _____ 94

C. USO DE IDIOMAS Y ALFABETIZACIÓN

C1. LISTA DE IDIOMAS

C2. ¿Qué tan bien habla inglés?

- 1 = Nada
- 2 = Algo
- 3 = Bien

C3. ¿Qué tan bien lee inglés?

- 1 = Nada
- 2 = Algo
- 3 = Bien

C4. Cuando usted era niño, ¿en qué idioma le hablaban los adultos a usted en su hogar? [MARQUE/VERIFIQUE LAS RESPUESTAS ANOTADAS EN C1]

C5. Ahora como adulto, ¿qué idiomas habla usted?
[MARQUE/VERIFIQUE LAS RESPUESTAS ANOTADAS EN C1]

C6. ¿Qué tan bien habla usted? [IDIOMA MARCADO/VERIFICADO EN C5]

- 1= Un poco
- 2= Algo
- 3= Bien

C7. ¿Qué tan bien lee usted? [IDIOMA MARCADO/VERIFICADO EN C5]

- 1= Un poco
- 2= Algo
- 3= Bien

C8. En el hogar, incluyendo a todos sus parientes, ¿qué idiomas se le hablan a [NIÑO MSHS]? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA DE C1]

C9. En MSHS, ¿en qué idiomas le hablan los maestros y ayudantes a [NIÑO MSHS]? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA DE C1]

C10. En el centro MSHS, ¿hay SIEMPRE alguien disponible y dispuesto a hablar con usted en (Idiomas en C5. C6= Bien)?

C. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA, USO DE IDIOMAS Y ALFABETISMO DE LOS PADRES

| | C1. | C2. | C3. | C4. | C5. | C7. | C8. | C9 | C10 |
|---|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| | | ¿Qué tan bien habla inglés? | ¿Qué tan bien lee inglés? | Cuando usted era niño, ¿en qué idioma le hablaban los adultos a usted en su hogar? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA] | Ahora como adulto, ¿qué idiomas habla usted? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA] | ¿Qué tan bien lee usted? [IDIOMA MARCADO/VERIFICADO EN C5] 1= Un poco 2= Algo 3= Bien | En el hogar, incluyendo a todos sus parientes, ¿qué idiomas se le hablan a [NIÑO MSHS]? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA] | En el centro MSHS, ¿en qué idioma le hablan los maestros y ayudantes a [NIÑO MSHS]? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA] | En el centro MSHS, ¿hay SIEMPRE alguien disponible para hablar con usted en (IDIOMAS EN C5. C6.=Bien?) |
| | | | | | C6. [PARA CADA MARCADO PREGUNTE]: ¿Qué tan bien habla usted? | | | | |
| 1 | Inglés | 1 = Nada 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Algo 3 = Bien | Inglés | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 2 | Español | | | Español | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 3 | Creole | | | Creole | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 5 | Mixtec | | | Mixtec | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 6 | Kanjobal | | | Kanjobal | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 7 | Zapotec | | | Zapotec | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |
| 9 | Otro: (ESPECIFIQUE) | | | Otro: (ESPECIFIQUE) | 1 = Un poco 2 = Algo 3 = Bien | 1 = Nada 2 = Un poco 3 = Algo 4 = Bien | | | 1 = Sí 2 = No |

D. EMPLEO DE LOS PADRES

Ahora, quisiera saber acerca del trabajo que (usted/el padre/la madre) ha hecho durante toda su vida.

D1. ¿Cuándo hizo usted por primera vez algún trabajo de agricultura en EE.UU., es decir en qué MES y AÑO?

|_|_| / |_|_|_|
MES AÑO

NUNCA HICE FW / NO HE TRABAJADO EN EL CAMPO 1 (D5)

D2. Aproximadamente, ¿cuántos años en total ha trabajado más de dos semanas (por año) en agricultura en EE.UU.?

|_|_|
AÑOS

D3. Con su patrón actual, ¿trabaja usted por temporadas o el año completo?

TODO EL AÑO 1 (D5)
POR TEMPORADAS 2
NO SÉ (PRIMERA VEZ) 8 (D5)

D4. ¿Se mantiene el patrón en comunicación con (usted/NOMBRE EN D1) para ver si va a trabajar en la próxima temporada nuevamente? (LEA TODAS LAS OPCIONES Y HAGA UN CÍRCULO EN TODO LO QUE CORRESPONDA.)

a. Sí, antes de dejar este lugar al final de la temporada 01
b. Sí, por carta 02
c. Sí, por teléfono 03
d. Sí, se comunica a través de otra persona 04
e. No, usted se comunica con su patrón 05
f. No sabe, no ha trabajado antes con este patrón 06
g. Otro (ESPECIFIQUE) 07

D5. El año pasado - en **2003** – ¿cuál fue **SU INGRESO TOTAL**, en dólares de todos los trabajos que **USTED** hizo en EE.UU.? (INGRESOS ENEE.UU. SOLAMENTE POR **FW** Y **NF**) (LEA/MUESTRE LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE.)

\$ _____

O

| | |
|------------------------------------|----|
| NO TRABAJÓ EN EL 2003 | 00 |
| Menos de 500..... | 01 |
| 500 a 999..... | 02 |
| 1.000 a 2.499..... | 03 |
| 2.500 a 4.999..... | 04 |
| 5.000 a 7.499..... | 05 |
| 7.500 a 9.999..... | 06 |
| 10.000 a 12.499..... | 07 |
| 12.500 a 14.999..... | 08 |
| 15.000 a 17.499..... | 09 |
| 17.500 a 19.999..... | 10 |
| 20.000 a 24.999..... | 11 |
| 25.000 a 29.999..... | 12 |
| 30.000 a 34.999..... | 13 |
| 35.000 a 39.999..... | 14 |
| Más de 40.000..... | 15 |
| NO RECUERDA (NO SABE) | 97 |

D6. ¿Cuánto de ese ingreso fue de TRABAJO AGRÍCOLA? (INGRESOS EN EE.UU. SOLAMENTE) (LEA/MUESTRE LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE.)

\$ _____

O

| | |
|--|----|
| NO TRABAJO EN FW EL 2003 | 00 |
| Menos de 500..... | 01 |
| 500 a 999..... | 02 |
| 1.000 a 2.499..... | 03 |
| 2.500 a 4.999..... | 04 |
| 5.000 a 7.499..... | 05 |
| 7.500 a 9.999..... | 06 |
| 10.000 a 12.499..... | 07 |
| 12.500 a 14.999..... | 08 |
| 15.000 a 17.499..... | 09 |
| 17.500 a 19.999..... | 10 |
| 20.000 a 24.999..... | 11 |
| 25.000 a 29.999..... | 12 |
| 30.000 a 34.999..... | 13 |
| 35.000 a 39.999..... | 14 |
| Más de 40.000..... | 15 |
| NO RECUERDA (NO SABE) | 97 |

D7. El año pasado - en **2003** – ¿cuál fue el **ingreso total de su familia**, ganado en EE.UU., en dólares? (INGRESOS EN EE.UU. POR **FW** y **NF** DE TODOS LOS ANOTADOS EN LA TABLA DE PARIENTES Y FAMILIARES) (LEA/MUESTRE LAS OPCIONES. MARQUE UNA SOLAMENTE)

\$ _____

O

| | |
|---------------------------------------|----|
| NO TRABAJAMOS EN EL 2003 | 00 |
| Menos de 500..... | 01 |
| 500 a 999..... | 02 |
| 1,000 a 2,499..... | 03 |
| 2,500 a 4,999..... | 04 |
| 5,000 a 7,499..... | 05 |
| 7,500 a 9,999..... | 06 |
| 10,000 a 12,499..... | 07 |
| 12,500 a 14,999..... | 08 |
| 15,000 a 17,499..... | 09 |
| 17,500 a 19,999..... | 10 |
| 20,000 a 24,999..... | 11 |
| 25,000 a 29,999..... | 12 |
| 30,000 a 34,999..... | 13 |
| 35,000 a 39,999..... | 14 |
| Más de 40,000..... | 15 |
| NO RECUERDA (NO SABE) | 97 |

D8. ¿Le impide a usted alguna discapacidad o problema de salud **trabajar en agricultura**?

SÍ 1
NO 2

D9. ¿Le impide a su cónyuge/compañero(a) alguna discapacidad o problema de salud **trabajar en agricultura**?

SÍ 1
NO 2

ENTREVISTADOR

SI EL ENTREVISTADO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD (“SÍ” EN D8)
QUE LE IMPIDE TRABAJAR,
COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN (TABLA DE TRABAJO Y MIGRACIÓN)
EN RELACIÓN AL/A LA CÓNYPUGE O COMPAÑERO(A).

**E. TRABAJO Y MIGRACIÓN UN AÑO ANTES
(UN AÑO ANTES DE LA FECHA DE LA ENTREVISTA)**

COMPLETE EL CUADRO QUE SE ADJUNTA, ANOTANDO TODOS LOS PERÍODOS DE TIEMPO Y LUGARES, DONDE LA PERSONA ENTREVISTADA TRABAJÓ, NO TRABAJÓ O VIAJÓ AL EXTRANJERO. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA PERÍODO

DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA (ÁREA SOMBREADA) SI LA PERSONA ENTREVISTADA TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD (“SÍ” EN D8) QUE LE IMPIDE TRABAJAR, COMPLETE ESTA SECCIÓN (CUADRO DE TRABAJO Y MIGRACIÓN) EN REFERENCIA AL/A LA CÓNYUGE

Ahora, hablemos acerca de los lugares y fechas en que **usted** [PERSONA ENTREVISTADA PRINCIPAL] ha trabajado, no trabajado, o viajado al extranjero el último año, empezando con la fecha de hoy y retrocediendo hasta hace un año atrás.

- E1. Período [USADO POR EL ENTREVISTADOR PARA ORDENAR CRONOLÓGICAMENTE LOS PERÍODOS DE TIEMPO]
- E2. Tipo de trabajo. FW=Trabajo Agrícola; NF= Trabajo No Agrícola; NW=No Trabajó
- E3. ¿Cuál es el nombre del patrón/empleador? [Para FW y NF en E2]
- E4. (Si FW) ¿En qué tipo de cultivo está/estaba trabajando?
- E5A. ¿En qué fecha empezó? (Mes/Año) [FW, NF, NW o AB]
- E5B. Fecha que paró/se fue (Mes/Año)
- E6. Ciudad y estado (FW, NW, NF). Si AB, pregunte ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD PAÍS.
- E7. (En este lugar), ¿estaba [NIÑO MSHS] con usted?
- N = Nunca
P = Parcialmente
A = Siempre
- E8. [SI NUNCA EN E7], ¿Dónde estaba [NIÑO MSHS]? [CIUDAD Y ESTADO. SI AB, PREGUNTE EL ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD PAÍS]
- E9a. En este lugar, ¿estaba [NIÑO MSHS] matriculado en MSHS?
- E9b. SI “SÍ” EN E9a, PREGUNTE: ¿Cómo se enteró usted acerca de este lugar? (USE CÓDIGOS)
- E9c. Mientras usted (estaba/está) en (lugar) (tenía/tiene) algún (otro) tipo de cuidado infantil? [USE CÓDIGOS]. Mientras estaba en (lugar) qué tipo de cuidado infantil recibía [NIÑO MSHS]? [USE CÓDIGOS]

CUADRO DE TRABAJO Y MIGRACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/LA MADRE
[DOCUMENTE SÓLO 12 MESES DE HISTORIAL DE TRABAJO CUBRIENDO DESDE HACE UN AÑO HASTA LA FECHA DE HOY]

ENTREVISTADO(A) PRINCIPAL

| E1 PERIODO | E2 FW NF NW AB | E3 PATRÓN (PARA TODOS LOS TRABAJOS: FW, NF, Y AB) | E4 SI "FW" EN E2: ANOTE EL CULTIVO | E5 FECHAS PARA LOS PERÍODOS DE FW, NF, NW, AB | | E6 CIUDAD/ ESTADO PARA FW, NF, Y NW [SI AB, PREGUNTE EL ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD Y PAÍS] | E7 ¿ESTABA NIÑO MSHS CON USTED? N = NUNCA P = PARCIAL A = SIEMPRE | E8 (SI "NUNCA" EN E7, PREGUNTE) ¿DÓNDE ESTABA [NIÑO MSHS]? [ANOTE CIUDAD/ESTADO. [SI AB, ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD Y PAÍS] | E9a ¿ESTABA [NIÑO MSHS] MATRICULADO EN MSHS? | E9b SI ES "SI" EN D9a. ¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE ESTE LUGAR? (USE CÓDIGOS) | E9c (OTRO) TIPO DE CUIDADO INFANTIL (USE CÓDIGOS) |
|---------------|----------------------------|---|--|--|--------|---|---|---|--|---|---|
| | | | | A | B | | | | | | |
| | | | | DESDE: | HASTA: | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | | | S N | | |

CÓDIGOS PARA E9b

- 1= POR MI CUENTA
- 2= A TRAVÉS DEL PERSONAL DEL CENTRO MSHS ANTERIOR
- 3= A TRAVÉS DEL PERSONAL MSHS DEL LUGAR ACTUAL
- 4= A TRAVÉS DE ORGANIZACIONES DE ESTE LUGAR
- 5= A TRAVÉS DE AMIGOS Y PARIENTES

- 6= A TRAVÉS DEL PATRÓN (AGRICULTOR, CONTRATISTA, JEFE DEL EQUIPO)
- 7= OTRO (ESPECIFIQUE): _____
- 8= NO CORRESPONDE – NO SABE DE LOS CENTROS MSHS O NO HAY CENTROS EN EL LUGAR ACTUAL

CÓDIGOS PARA E9c

- 01= EN EL HOGAR, CUIDADO POR LA MADRE O PADRE
- 02= EN EL HOGAR, CUIDADO POR PARIENTES
- 03= EN EL HOGAR, CUIDADO POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE
- 04= EN EL HOGAR DE PARIENTES
- 05= EN EL HOGAR DE AMIGOS/VECINOS
- 06= CUIDADO INFANTIL EN EL HOGAR DE UNA FAMILIA
- 07= EN EL EXTRANJERO (ESPECIFIQUE EL LUGAR: _____)
- 08= OTRO (ESPECIFIQUE): _____

CUADRO DE TRABAJO Y MIGRACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/LA MADRE
[DOCUMENTE SÓLO 12 MESES DE HISTORIAL DE TRABAJO CUBRIENDO DESDE HACE UN AÑO HASTA LA FECHA DE HOY]

ENTREVISTADO(A) PRINCIPAL

| E1 PERÍODO | E2 FW NF NW AB | E3 PATRÓN (PARA TODOS LOS TRABAJOS: FW, NF, Y AB) | E4 SI "FW" EN E2: ANOTE EL CULTIVO | E5 FECHAS PARA LOS PERÍODOS DE FW, NF, NW, AB | | E6 CIUDAD/ ESTADO PARA FW, NF, Y NW [SI AB, PREGUNTE EL ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD Y PAÍS] | E7 ¿ESTABA NIÑO MSHS CON USTED? N = NUNCA P = PARCIAL A = SIEMPRE | E8 (SI "NUNCA" EN E7, PREGUNTE) ¿DÓNDE ESTABA [NIÑO MSHS]? [ANOTE CIUDAD/ESTADO. SI AB, ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD PAÍS] | E9a ¿ESTABA [NIÑO MSHS] MATRICULADO EN MSHS? | E9b SI ES "SI" EN D9a. ¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE ESTE LUGAR? (USE CÓDIGOS) | E9c (OTRO) TIPO DE CUIDADO INFANTIL (USE CÓDIGOS) | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|--------|--|---|---|--|---|---|--|--|---|--|
| | | | | A | B | | | | | | | | | | |
| | | | | DESDE: | HASTA: | | | | | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | N P A | | S N | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | N P A | | S N | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | N P A | | S N | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | N P A | | S N | | | | | | |
| | FW NF NW AB | | | | | | N P A | | S N | | | | | | |
| CÓDIGOS PARA E9b | | | | | | CÓDIGOS PARA E9c | | | | | | | | | |
| 1= POR MI CUENTA 2= A TRAVÉS DEL PERSONAL DEL CENTRO MSHS ANTERIOR 3= A TRAVÉS DEL PERSONAL MSHS DEL LUGAR ACTUAL 4= A TRAVÉS DE ORGANIZACIONES DE ESTE LUGAR 5= A TRAVÉS DE AMIGOS Y PARIENTES | | | | | | 6= A TRAVÉS DEL PATRÓN (AGRICULTOR, CONTRATISTA, JEFE DEL EQUIPO) 7= OTRO (ESPECIFIQUE): _____ 8= NO CORRESPONDE - NO SABE DE LOS CENTROS MSHS O NO HAY CENTROS EN EL LUGAR ACTUAL | | | | | | 01= EN EL HOGAR, CUIDADO POR LA MADRE O PADRE 02= EN EL HOGAR, CUIDADO POR PARIENTES 03= EN EL HOGAR, CUIDADO POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE | | 05= EN EL HOGAR DE AMIGOS/VECINOS 06= CUIDADO INFANTIL EN EL HOGAR DE UNA FAMILIA 07= EN EL EXTRANJERO (ESPECIFIQUE EL LUGAR: _____) 08= OTRO (ESPECIFIQUE): _____ | |

E10. Y el año antes del último (AÑO ANTES DEL CUBIERTO EN EL CUADRO ANTERIOR), desde (MES Y AÑO) hasta (MES) del último año, ¿cuántas veces viajó o se mudó... y a qué lugares?

| NOMBRE DE LA CIUDAD | NOMBRE DEL ESTADO [SI AB, ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS] | TIPO DE TRABAJO [CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA] |
|---------------------|---|---|
| | | FW NF NW |

ENTREVISTADOR

**PREGUNTE DESDE E11 A E13 SOLAMENTE SI LA PERSONA ENTREVISTADA
MIGRÓ CON NIÑO MSHS PARA HACER TRABAJO AGRÍCOLA EN ESTE LUGAR.
DE LO CONTRARIO, PASE A E14.**

E11. ¿Qué tipo de transporte usaron usted y su familia para viajar a este lugar? (CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Vehículo personal 1
- Contratista (Jefe del Grupo)..... 2
- Viajó con amigos o parientes..... 3
- Bus 4
- Tren 5
- Avión 6
- Otro (ESPECIFIQUE): _____ 7

E12. ¿Con quién viajó usted? (CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Miembros de la familia 1
- Contratista (Jefe del Grupo)..... 2
- Otros trabajadores 3
- Solo 4
- Otro (ESPECIFIQUE): _____ 5

E13. ¿Cuánto dinero gastó para viajar a este lugar?

\$ _____

E14. ¿Está planeando mudarse o viajar a otro lugar?

- SÍ..... 1
- NO..... 2 (E22)
- NS 8 (E22)

E15. TRABAJO FUTURO Y MIGRACIÓN

(SEIS MESES DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTA ENTREVISTA)

COMPLETE EL CUADRO QUE SE ADJUNTA, ANOTE LOS PERÍODOS DE TIEMPO Y LUGARES DONDE LA PERSONA ENTREVISTADA TRABAJÓ, NO TRABAJÓ O VIAJÓ AL EXTRANJERO, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA PERÍODO.

Ahora, hablemos acerca de todos los lugares y veces que USTED [PERSONA ENTREVISTADA PRINCIPAL] posiblemente se mude o viaje para hacer trabajo agrícola, no agrícola, o trabajo en el extranjero en los próximos seis meses.

E15. Período [USADO POR EL ENTREVISTADOR PARA ORDENAR CRONOLÓGICAMENTE LOS PERÍODOS DE TIEMPO]

E16A-B. ¿Desde qué fecha hasta qué fecha estará usted en otro lugar? Fecha de llegada y fecha de partida. (DD/MM)

E17. Tipo de trabajo. FW=Trabajo Agrícola; NF=Trabajo No Agrícola; NW=No Trabaja AB=En el extranjero.

E18. Ciudad y Estado (FW, NW, NF). Si AB, pregunte el ESTADO O PROVINCIA O CIUDAD PAÍS.

E19. En este lugar, asistirá el niño a MSHS?

E20 [SI "SI" EN E20], ¿Cómo se comunicará usted con el Centro MSHS en ese lugar? (USE CÓDIGOS)

E21. [SI "NO" EN E20], ¿Qué tipo de cuidado infantil recibirá [NIÑO MSHS]? (USE CÓDIGOS)

CUADRO DE TRABAJO FUTURO Y MIGRACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/LA MADRE

[DOCUMENTO DEL HISTORIAL DE TRABAJO DESDE LA FECHA DE LA ENTREVISTA (HOY) HASTA LOS PRÓXIMOS SEIS MESES]

| E15 | E16 | | E17 | E18 | E19 | E20 | E21 |
|---|--|-------|----------------------|--|---|---|--|
| PERÍODO | FECHAS PARA LOS PERÍODOS DE FW, NF, NW, AB | | FW NF NW AB | CIUDAD/ESTADO PARA FW, NF, Y NW [SI AB, PREGUNTE EL ESTADO Y PAÍS] | ¿ASISTIRÁ NIÑO MSHS A CENTRO MSHS? | ¿CÓMO SE COMUNICARÁ USTED CON EL CENTRO MSHS EN [ESTE/SIGUIENTE] LUGAR? [USE CÓDIGOS] | (SI "NO" A "E19," PREGUNTE) ¿QUÉ TIPO DE CUIDADO INFANTIL? [USE CÓDIGOS] |
| | A | B | | | | | |
| | DESDE | HASTA | | | | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| | | | FW NF NW AB | | SÍ NO NS | | |
| CÓDIGOS PARA E20 | | | | | CÓDIGOS PARA E21 | | |
| 1= POR MI CUENTA 2= A TRAVÉS DEL PERSONAL DEL CENTRO MSHS ACTUAL 3= A TRAVÉS DEL PERSONAL MSHS DEL LUGAR ANTERIOR 4= A TRAVÉS DE ORGANIZACIONES DE ESTE NUEVO LUGAR 5= A TRAVÉS DE AMIGOS Y PARIENTES 6= A TRAVÉS DEL PATRÓN AGRICULTOR, CONTRATISTA, JEFE DEL EQUIPO 7= ESPERARÉ QUE ALGUIEN SE COMUNIQUE CONMIGO 8= NO ME COMUNICARÉ. ESPECIFIQUE RAZÓN 9= OTRO (ESPECIFIQUE) | | | | | 01= EN EL HOGAR, CUIDADO POR LA MADRE O PADRE 02= EN EL HOGAR, CUIDADO POR PARIENTES 03= EN EL HOGAR, CUIDADO POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE 04= EN EL HOGAR DE PARIENTES 05= EN EL HOGAR DE AMIGOS/VECINOS 06= CUIDADO INFANTIL EN EL HOGAR DE UNA FAMILIA 07= EN EL EXTRANJERO (ESPECIFIQUE EL LUGAR) 08= NO SABE 09= OTRO. ESPECIFIQUE | | |

E22. SEGURO DE SALUD

| E22. ¿Quién tiene seguro de salud en su familia (en EE.UU.)? ... ¿Qué tal... | E22b. ¿Tiene seguro de salud? | E22c. ¿Quién paga el seguro? [USE CÓDIGOS. MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA] | E22d. ¿Por qué no tiene seguro? [USE LOS CÓDIGOS] |
|--|---|---|---|
| ...usted? | Sí..... 1 NO..... 2 NO SABE 3 | Yo pago 1 Mi esposo(a) 2 Mi empleador 3 El empleador de mi esposo(a) . 4 Gobierno 5 Otro 6 | |
| ...su esposo(a)/ compañero(a)? | Sí..... 1 NO..... 2 NO SABE 3 | Yo pago 1 Mi esposo(a) 2 Mi empleador 3 El empleador de mi esposo(a) . 4 Gobierno 5 Otro 6 | |
| ...[NIÑO MSHS]? | Sí..... 1 NO..... 2 NO SABE 3 | Yo pago 1 Mi esposo(a) 2 Mi empleador 3 El empleador de mi esposo(a) . 4 Gobierno 5 Otro 6 | |
| ...otros niños? | Sí..... 1 NO..... 2 NO SABE 3 | Yo pago 1 Mi esposo(a) 2 Mi empleador 3 El empleador de mi esposo(a) . 4 Gobierno 5 Otro 6 | |
| CÓDIGOS PARA E22d | | | |
| 1= NO TIENE PAPELES (NO TIENE CONDICIÓN LEGAL EN EE.UU.) 2 = MUY CARO, NO LO PUEDE PAGAR 3 = NO SÉ COMO OBTENERLO | | 4 = SOLICITÓ SEGURO DEL GOBIERNO PERO SE LO NEGARON. 5 = OTRO. ESPECIFIQUE | |

F. PARTICIPACIÓN EN HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE TEMPORADA

Ahora hablemos acerca de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada.

F1. ¿Cómo se enteraron usted y [NIÑO MSHS] por primera vez acerca de **este** programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada? (CIRCULE UNA RESPUESTA SOLAMENTE.)

- POR MI CUENTA..... 01
- A TRAVÉS DE REFERENCIAS DEL CENTRO
MSHS ANTERIOR 02
- FAMILIA/AMIGOS/OTROS PADRES 03
- REFERIDO(A) DE OTRA AGENCIA 04
- HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE
TEMPORADA VINO A VISITAR EL CAMPO 05
- HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE
TEMPORADA VINO A VISITAR NUESTRO HOGAR 06
- A TRAVÉS DEL PATRÓN/EMPLEADOR..... 07
- VOLANTE/CORREO..... 08
- OTRO (ESPECIFIQUE) _____ 09

F2. ¿Hubo un período de espera antes que [NIÑO MSHS] pudiera matricularse en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada?

- SÍ..... 01
- NO..... 02 (F6)
- NO SABE 08 (F6)

F3. ¿Por qué hubo un período de espera antes que [NIÑO MSHS] pudiera matricularse?

- LLEGÓ ANTES QUE EMPEZARA EL PROGRAMA..... 01
- TODOS LOS ESPACIOS ESTABAN LLENOS
(YA HABÍA MUCHOS NIÑOS EN EL PROGRAMA) 02
- EL PERSONAL ESTABA VERIFICANDO SI YO CUMPLÍA
CON LOS REQUISITOS..... 03
- OTRO (ESPECIFIQUE): _____ 04
- NO SABE 08

F4. ¿Cuánto tiempo duró el período de espera?

- _____
- DÍAS..... 01
 - SEMANAS..... 02
 - MESES..... 03
 - AÑOS..... 04

F5. Durante el período de espera, ¿quién le proporcionó cuidado infantil a [NIÑO MSHS]?

- SOLO EN EL HOGAR..... 01
- LO CUIDÓ EN LA CASA UNO DE LOS PADRES O
HERMANO(A) MAYOR DE 18 AÑOS 02
- LO CUIDÓ HERMANO(A) DE 17 AÑOS O MENOR..... 03
- SU PADRE O MADRE LO LLEVÓ AL TRABAJO 04
- LO CUIDÓ UN PARIENTE O VECINO/NIÑERA 05
- ASISTIÓ A OTRO PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL 06
- OTRO (ESPECIFIQUE):_____ 07

F6. ¿Cuándo empezó [NIÑO MSHS] a asistir a este programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada?

|_|_|_| / |_|_|_|
MES AÑO

F7. ¿Es esta la primera vez que [NIÑO MSHS] asiste al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada?

- SI..... 01 (F11)
- NO..... 02
- NO SABE 08

F8. ¿Recuerda usted el nombre del primer lugar donde él/ella asistió a Head Start para Familias Migrantes y de Temporada y dónde estaba localizado?

NOMBRE DEL CENTRO: _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO: _____

F9. ¿Cuándo empezó [NIÑO MSHS] a asistir por primera vez a **algún** programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada—en que mes y año?

[SONDEAR SI ES NECESARIO: ¿Qué edad tenía entonces él/ella?]

|_|_|_| / |_|_|_|
MES AÑO

F10. Aproximadamente ¿cuánto tiempo en total ha asistido [NIÑO MSHS] a algún programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada—cuántos meses o años en total?

|_|_|_| / |_|_|_|
MESES AÑOS

- NO SABE 98

F11. Antes de matricular a [NIÑO MSHS] en este Centro MSHS, ¿ha solicitado matrícula en otro centro MSHS pero no lo(a) ha podido matricular?

SÍ..... 01
 NO..... 02 (F13)
 NO SABE 08 (F13)

F12. ¿Por qué no pudo matricular a [NIÑO MSHS]?

EL CENTRO NO TENÍA "ESPACIO" 01
 NO CUMPLÍAMOS CON LOS REQUISITOS, EXCEDÍAMOS
 EL REQUISITO DE INGRESO (BAJO) 02
 NOSOTROS NO MIGRAMOS 03
 NO HICIMOS FW O NO HICIMOS SUFICIENTE FW 04
 OTRO (ESPECIFIQUE): _____ 05

F13. ¿Cómo va y viene normalmente [NIÑO MSHS] al centro Head Start para Familias Migrantes y de Temporada? (CIRCULE HASTA 2 RESPUESTAS.)

CAMIÓN/OMNIBUS/BUS DEL CENTRO MSHS..... 01
 MIEMBRO DEL PERSONAL DEL CENTRO MSHS
 LE LLEVA EN VEHÍCULO (PRIVADAMENTE) 02
 MADRE O PADRE LE LLEVA EN VEHÍCULO 03
 AMIGO O PARIENTE LE LLEVA EN VEHÍCULO 04
 MI PATRÓN O EL DE MI ESPOSO(A) (CONTRATISTA DEL "RANCHO") LE LLEVA EN VEHÍCULO
 05
 TRANSPORTE PÚBLICO
 (CAMIÓN/OMNIBUS/BUS/TROLLEY) 06
 CAMINANDO 07
 OTRO 08
 ESPECIFIQUE: _____
 NO SABE 98

| F14 | | (SI :SÍ", PREGUNTE y verifique) ¿Qué tan seguido pasa esto? | | | | | |
|--|-----------------------------|---|------------------------|---------------|------------------|---------------|----------------------|
| ¿Recibe usted información del Centro MSHS acerca de [NIÑO MSHS] o programa de actividades? | | | | | | | |
| | | a | b | c | d | e | f |
| | | Diaria-mente | >de 2 veces por semana | Semanal-mente | Semana por medio | Mensual-mente | ¿Otro? (ESPECIFIQUE) |
| A | ...en persona en el Centro? | SÍ.....1 NO.....2 | | | | | |
| B | ...en persona en el hogar? | SÍ.....1 NO.....2 | | | | | |
| C | ...por teléfono? | SÍ.....1 NO.....2 | | | | | |
| D | ...por escrito? | SÍ.....1 NO.....2 | | | | | |

F15. Desde que [NIÑO MSHS] empezó a ir a este programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, usted (u otro padre/madre/guardián de [NIÑO MSHS]), (PRIMERO HAGA LA PREGUNTA DE LA PRIMERA COLUMNA, Y DESPUÉS VUELVA ATRÁS Y PREGUNTE CUÁNTOS DÍAS PARA CADA "SÍ") ¿ha...

| | SÍ | NO | SI "SÍ", ¿Cuántos días? |
|---|----|----|----------------------------|
| a. Asistido a una reunión general del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, por ejemplo, una reunión informal para informarse del programa o una reunión de la asociación de padres y maestros? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| b. Ido a una conferencia de padres y maestros programada regularmente con el maestro del niño?... | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| c. Asistido a algún programa o actividad de la clase, tal como una representación de teatro, feria, o evento deportivo de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada de [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| d. Trabajado como voluntario(a) en un salón de clases Head Start para Familias Migrantes y de Temporada o servido en un comité o consejo de padres para formular políticas?..... | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| e. Ido de "Chaperon(a)" (ayudar a cuidar) en una excursión de la clase de [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| f. Ayudado en las instalaciones del centro: reparando, haciendo jardinería, o pintando? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| g. Ayudado en la cocina o en la planificación del menú? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| h. Ayudado en una recaudación de fondos organizada por el programa MSHS? | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |
| i. Donado dinero, materiales o bienes al programa MSHS?..... | 1 | 2 | # DE DÍAS _____ |

F16. ARREGLOS DE CUIDADO INFANTIL

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cualquier arreglo de cuidado infantil, distinto al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, que usted use para [NIÑO MSHS]. Esto no incluye el uso de niñeras mientras usted realiza actividades sociales tal como salir una tarde.

F16. ¿Usa usted para [NIÑO MSHS] algún tipo de cuidado infantil, distinto al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada?

SÍ..... 1
 NO..... 2 (F18)

F17. (ARREGLOS DE CUIDADO INFANTIL DISTINTOS A MSHS). Por favor, hábleme de estos otros arreglos de cuidado infantil y de quién cuida a [NIÑO MSHS]. [PROBE: ¿Dónde va usted? ¿Cómo paga por ese cuidado infantil? ¿Cuánto paga? ¿Cuántas horas estuvo [NIÑO MSHS] el mes pasado en ese lugar de cuidado infantil?]

| a | | b. | c. | d. | e. |
|---|--|--|--|---------------|----------------------------------|
| ARREGLO | | LOCALIZACIÓN | TIPO DE PAGO | CANTIDAD (\$) | ¿# TOTAL DE HORAS EL ÚLTIMO MES? |
| 01 = PARIENTE DISTINTO A LOS PADRES 02 = ALQUIEN QUE NO ES PARIENTE 03 = HOGAR DE CUIDADO INFANTIL DE GRUPO | 04 = CENTRO DE CUIDADO INFANTIL O PREESCOLAR 05 = NINGUNO (NO USA) 06 = OTRO | 01 = HOGAR DEL NIÑO 02 = HOGAR DE UN PARIENTE 03 = HOGAR DE AMIGO O VECINO 04 = HEAD START MIGRANTE DE TEMPORADA 05 = OTRO | 01 = POR HORA 02 = AL DÍA 03 = A LA SEMANA 04 = AL MES 05 = GRATIS | | |
| 01 = PARIENTE DISTINTO A LOS PADRES 02 = ALQUIEN QUE NO ES PARIENTE 03 = HOGAR DE CUIDADO INFANTIL DE GRUPO | 04 = CENTRO DE CUIDADO INFANTIL O PREESCOLAR 05 = NINGUNO (NO USA) 06 = OTRO | 01 = HOGAR DEL NIÑO 02 = HOGAR DE UN PARIENTE 03 = HOGAR DE AMIGO O VECINO 04 = HEAD START MIGRANTE DE TEMPORADA 05 = OTRO | 01 = POR HORA 02 = AL DÍA 03 = A LA SEMANA 04 = AL MES 05 = GRATIS | | |
| 01 = PARIENTE DISTINTO A LOS PADRES 02 = ALQUIEN QUE NO ES PARIENTE 03 = HOGAR DE CUIDADO INFANTIL DE GRUPO | 04 = CENTRO DE CUIDADO INFANTIL O PREESCOLAR 05 = NINGUNO (NO USA) 06 = OTRO | 01 = HOGAR DEL NIÑO 02 = HOGAR DE UN PARIENTE 03 = HOGAR DE AMIGO O VECINO 04 = HEAD START MIGRANTE DE TEMPORADA 05 = OTRO | 01 = POR HORA 02 = AL DÍA 03 = A LA SEMANA 04 = AL MES 05 = GRATIS | | |

F18. Durante el tiempo que [NIÑO MSHS] ha estado matriculado(a) en el centro MSHS, ¿cuántos **días** ha llevado a [NIÑO MSHS] al campo (si es FW) o lugar de trabajo (si es NF) porque usted no pudo hacer arreglos para cuidado infantil?

O/Y
 DÍAS EN FW DÍAS EN NF

F19. El **mes pasado**, ¿cuántos días (usted/madre (o padre) de [NIÑO MSHS]) se ha tenido que **quedar en el hogar** sin ir a trabajar porque nadie lo(a) podía cuidar?

DÍAS

G. ACTIVIDADES CON SU NIÑO

Ahora tengo algunas preguntas acerca de las actividades que es posible que usted haga con [NIÑO MSHS]. Antes de comenzar, quiero recordarle que, como lo explica el Formulario de Consentimiento de los Padres, toda la información que usted nos dé se mantendrá en la más estricta confidencialidad, con una excepción, si vemos que un niño está siendo maltratado, o está en peligro, la ley exige que informemos el caso a las autoridades correspondientes.

PREGUNTE G1-G2-G3 SI EL NIÑO TIENE 1 AÑO DE EDAD O MÁS, DE LO CONTRARIO PASE A G4.

G1. ¿Cuántas veces le ha leído a [NIÑO MSHS] usted o alguien de su familia la semana pasada? ¿Diría usted... (CIRCULE UNA RESPUESTA)

INDAGUE: Solamente lectura en familia—es decir, sin incluir ninguna lectura hecha en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada.

(MUESTRE TARJETA A)

- Nunca,..... 01
- Una o dos veces, 02
- Tres o más veces, o..... 03
- Todos los días?..... 04

G2. ¿Más o menos por cuánto tiempo le lee a [NIÑO MSHS] en *español* usted o alguien de la familia?

INDAGUE: ¿Más o menos cuántos minutos de una sola vez?

|_|_|_|_|
MINUTOS EN ESPAÑOL

G3. ¿Más o menos por cuánto tiempo le lee a [NIÑO MSHS] en *inglés* usted, o alguien de la familia?

INDAGUE: ¿Más o menos cuántos minutos de una sola vez?

|_|_|_|_|
MINUTOS EN INGLÉS

G4. *La semana pasada, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [NIÑO MSHS]?*

LEA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS. LAS PREGUNTAS EN NEGRILLAS SON SOLAMENTE PARA LOS PADRES QUE TENGAN NIÑOS DE 2 AÑOS DE EDAD O MAYORES

La semana pasada, ¿usted o alguien de su familia...

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> | <u>NS</u> | <u>NA</u> | <u>UNA O DOS VECES</u> | <u>TRES O MÁS</u> |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-------------------|
| a. Jugó con juguetes o juegos dentro de la casa con él/ella? | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| b. Jugó algún juego o hizo deporte con él/ella? . | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| c. Cantó canciones o música con él/ella? | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| d. Le contó un cuento a él/ella?..... .. | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| e. Le ayudó a él/ella a aprender las letras, palabras o números? | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| f. Jugó juegos de contar como ser cantando canciones con números o leyendo libros con números con él/ella? ... | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| g. Le habló a él/ella acerca de los programas de la televisión, la radio, o de videos? | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| h. Habló con él/ella sobre las cosas que sucedieron en Head Start | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| i. Cocinó con él/ella o prepararon una comida juntos? | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| j. Vio alguna película para niños junto con él/ella..... | 1 | 2 | 8 | 9 | 1 | 2 |

G5. *¿Qué otras actividades ha hecho usted, o alguien de su familia, con [NIÑO MSHS] el mes pasado?*

(ESPECIFIQUE) _____

(ESPECIFIQUE) _____

(ESPECIFIQUE) _____

**PREGUNTE G6 SI EL NIÑO TIENE 3 AÑOS O MÁS;
 DE LO CONTRARIO PASE A G7.**

G6. El mes pasado, es decir desde [(MES)/(DIA)], ¿ha hecho alguien de su familia las siguientes cosas con [NIÑO MSHS]?

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Habló con [NIÑO MSHS] acerca de la historia de su familia o historias acerca de su familia? | 1 | 2 |
| b. ¿Asistió a funciones familiares tales como a una fiesta para una quinceañera, una fiesta de cumpleaños, un matrimonio, o a un bautizo? | 1 | 2 |
| c. ¿Asistió a una actividad auspiciada por un grupo comunitario o étnico? | 1 | 2 |
| d. ¿Llevó a [NIÑO MSHS] a ver un deporte o un juego tal como fútbol? | 1 | 2 |
| e. ¿Asistió a alguna actividad de la iglesia o escuela dominical? | 1 | 2 |

G7. ¿Qué de los siguientes materiales de lectura tiene usted en su casa (la residencia dónde se está quedando ahora)?

| | ESPAÑOL | | INGLÉS | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
| a. ¿Libros o revistas de caricaturas, o cómicas | 1 | 2 | 1 | 2 |
| b. ¿Libros o revistas para niños? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| c. ¿Revistas para personas adultas, tales como <i>Vanidades, Selecciones</i> ? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| d. ¿Periódicos? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| e. ¿Libros religiosos tales como la Biblia o libros de oración? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| f. ¿Otros libros tales como novelas o biografías o libros que no sean de ficción? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| g. ¿Revistas o historietas para adultos (Cómicas o fotonovelas)? | 1 | 2 | 1 | 2 |
| h. ¿Alguna otra revista o libro? Especifique: | 1 | 2 | 1 | 2 |

G8. REGLAS DEL HOGAR

**PREGUNTE G8 A G11 SI EL NIÑO TIENE 2 AÑOS DE EDAD O MÁS;
 DE LO CONTRARIO PASE A LA SECCIÓN H**

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre las reglas y rutinas que tiene para [NIÑO MSHS] donde está viviendo actualmente.

G8. ¿Ve su niño programas de televisión en español y/o en inglés? (CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- ESPAÑOL 01
 INGLES 02
 OTRO (ESPECIFIQUE) 03

 NO VE TELEVISIÓN..... 04 (G10)

SI EL NIÑO NO VE NADA DE TELEVISIÓN, PASE A LA G10

G9. En su hogar, ¿hay reglas o rutinas sobre ...

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Qué programas de televisión puede ver [NIÑO MSHS]?..... | 1 | 2 |
| b. Cuántas horas puede ver televisión [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 |

G10. ¿Tiene usted reglas o rutinas sobre....

- | | | |
|---|---|---|
| c. Qué tipo de alimentos come [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 |
| d. A qué hora se va a la cama [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 |
| e. Qué que tipo de quehaceres hace [NIÑO MSHS]? | 1 | 2 |

G11. Algunas veces los niños se portan bastante bien y algunas veces no. ¿Cuál de las siguientes cosas hace usted para disciplinar o castigar a [NIÑO MSHS]? [PRIMERO TERMINE DE PREGUNTAR TODAS LAS OPCIONES EN "A".]

| | A | B | C |
|---|---|---------|---|
| | [PRIMERO LEA TODAS LAS OPCIONES, DESPUÉS PREGUNTE "C" PARA CADA "SÍ" EN "B"] | SÍ [| [PARA CADA "SÍ", PREGUNTE]: En promedio, ¿cuántas veces a la semana usted ... (pregunta con respuesta "SÍ" en "A") (VECES POR SEMANA) |
| 1 | ¿Manda al niño a un rincón? | | |
| 2 | ¿Manda al niño a su cuarto/recámara o dormitorio? | | |
| 3 | Le ordena que se quede solo en "tiempo de descanso" o "separación temporal" (<i>time out</i>) | | |
| 4 | ¿Le da "nalgadas" (golpea o pega)? | | |
| 5 | ¿Le reduce el tiempo para ver TV? | | |
| 6 | ¿Le quita los juguetes (de todo tipo, incluyendo juegos de video)? | | |
| 7 | ¿Le grita? | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|
| 8 | ¿Alguna otra cosa? (Especifique): | | |
|---|-----------------------------------|--|--|

H. LOS LOGROS DE SU NIÑO

ADMINISTRE SOLAMENTE A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 AÑOS Y MAYORES. SI NIÑO MSHS ES MENOR DE 3 AÑOS PASE A LA SECCIÓN I.

PARA LAS PREGUNTAS CON RESPUESTAS PARA LOS DOS IDIOMAS, "INGLÉS" Y "ESPAÑOL", PREGUNTE ACERCA DEL/DE LOS IDIOMA(S) QUE HABLAN LOS PADRES SOLAMENTE.

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden ser o no verdaderas para [NIÑO MSHS].

| | | | |
|-----|--------------------------------------|---------------|----------------|
| H1. | ¿Puede [NIÑO MSHS] reconocer... | <u>INGLÉS</u> | <u>ESPAÑOL</u> |
| | (MUESTRE TARJETA B) | | |
| | Todas las letras del alfabeto, | 01 | 01 |
| | La mayoría de ellas,..... | 02 | 02 |
| | Algunas de ellas, o..... | 03 | 03 |
| | Ninguna de ellas?.. | 04 | 04 |
| | NO SABE | 08 | 08 |

| | | | |
|-----|---|---------------|----------------|
| H2. | ¿Hasta cuánto puede contar [NIÑO MSHS]? ¿Diría usted que... | <u>INGLÉS</u> | <u>ESPAÑOL</u> |
| | (MUESTRE TARJETA C) | | |
| | Nada,..... | 01 | 01 |
| | Hasta cinco, | 02 | 02 |
| | Hasta diez, | 03 | 03 |
| | Hasta veinte, | 04 | 04 |
| | Hasta cincuenta, o | 05 | 05 |
| | Hasta 100 o más?..... | 06 | 06 |
| | NO SABE | 08 | 08 |

| | | | |
|-----|--|----|--|
| H3. | ¿Puede [NIÑO MSHS] abotonarse la ropa? | | |
| | SÍ..... | 01 | |
| | NO..... | 02 | |
| | NO SABE | 08 | |

| | | | |
|-----|--|----|--|
| H4. | ¿Toma [NIÑO MSHS] un lápiz apropiadamente? | | |
| | SI..... | 01 | |
| | NO..... | 02 | |
| | NO SABE | 08 | |

H5. ¿Con qué frecuencia le gusta a [NIÑO MSHS] escribir o hacer como que escribe? ¿Diría...

(MUESTRE TARJETA D)

- Nunca..... 01 (H8)
- Lo ha hecho una o dos veces, 02
- Algunas veces, o..... 03
- Con frecuencia? 04
- NO SABE 08 (H8)

H6. ¿Escribe y dibuja mayormente [NIÑO MSHS] en lugar de hacer garabatos?

- SÍ..... 01
- NO..... 02
- NO SABE 08

H7. ¿Puede escribir [NIÑO MSHS] su nombre, aún si algunas letras están al revés?

- SI..... 01
- NO..... 02
- NO SABE 08

H8. ¿Tropieza, da un traspie, o se cae fácilmente [NIÑO MSHS]?

- SÍ..... 01
- NO..... 02
- NO SABE 08

H9. Cuando [NIÑO MSHS] habla, ¿es lo suficientemente claro como para que una persona desconocida le pueda entender?

- | | <u>INGLÉS</u> | <u>ESPAÑOL</u> |
|---------------|---------------|----------------|
| SÍ..... | 01 | 01 |
| NO..... | 02 | 02 |
| NO SABE | 08 | 08 |

H10. ¿Empezó [NIÑO MSHS] a hablar más tarde comparado con otros niños que usted conoce? (SE REFIERE A SU PRIMER IDIOMA)

- SÍ..... 01
- NO..... 02
- NO SABE 08

H11. ¿Tartamudea o balbucea [NIÑO MSHS]?

SI..... 01
NO..... 02
NO SABE 08

H12. ¿Mira [NIÑO MSHS] alguna vez un libro con dibujos y hace como que lee? [CUALQUIER IDIOMA]

SÍ..... 01
NO..... 02
NO SABE 08

H13. ¿Reconoce [NIÑO MSHS] su propio nombre escrito a mano o impreso?

SÍ..... 01
NO..... 02
NO SABE 08

H14. ¿Puede identificar [NIÑO MSHS] los colores rojo, amarillo, azul, y verde por el nombre? ¿Diría usted...
(MUESTRE TARJETA E)

| | <u>INGLÉS</u> | <u>ESPAÑOL</u> |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Todos de ellos,..... | 01 | 01 |
| Algunos de ellos, o..... | 02 | 02 |
| Ninguno de ellos? | 03 | 03 |
| NO SABE | 08 | 08 |

I. SALUD Y DISCAPACIDADES DEL NIÑO

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de [NIÑO MSHS].

I-1. En general, ¿diría usted que la salud de [NIÑO MSHS] es...

(MUESTRE TARJETA F)

- Excelente, 01
- Muy Buena, 02
- Buena, 03
- Regular, o..... 04
- Mala? 05
- NO SABE 08

I-2. ¿Tiene [NIÑO MSHS] una enfermedad o afección de salud que requiera cuidado de salud regular continuo?

- SÍ..... 01
- NO..... 02
- NO SABE 08

I-3. ¿Hay alguna clínica, centro de salud, consultorio médico, u otro lugar en particular donde usted (u otro padre/madre/guardián) puede llevar a [NIÑO MSHS] si él/ella se enferma?

- SI..... 01
- NO..... 02 (I-5)
- NO SABE 08 (I-5)

I-4. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [NIÑO MSHS] vio un médico, u otro profesional de la salud, para control de salud, u otro cuidado de rutina? ¿Diría usted...

(MUESTRE TARJETA G)

- Menos de 1 año, 01
- Entre 1 y 2 años, o..... 02 (I-6)
- 2 años o más? 03 (I-6)
- NO SABE 08 (I-6)

I-5. ¿Más o menos cuántas veces ha llevado a [NIÑO MSHS] para control de salud físicos de rutina o cuidado el año pasado?

|||
CANTIDAD DE VECES

PREGUNTE I-6 Y I-7 SI EL NIÑO TIENE 2 AÑOS DE EDAD O MÁS; DE LO CONTRARIO PASE A I-8.

I-6. ¿Ha ido [NIÑO MSHS] alguna vez al dentista o higienista dental para cuidado dental?

- SÍ..... 01
- NO..... 02 (I-8)
- NO SABE 08 (I-8)

I-7. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde la última vez que [NIÑO MSHS] vio un dentista o higienista dental?
¿Diría usted...

(MUESTRE TARJETA H)

- Menos de 1 año, 01
- 1 año, pero menos de 2 años, o 02
- 2 años o más? 03
- NO SABE 08

I-8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación, o alguien de MSHS que [NIÑO MSHS] tiene alguna discapacidad física, o de aprendizaje?

- SI..... 01
- NO..... 02 (I-10)
- NO SABE 08 (I-10)

I-9. ¿Qué tipo de discapacidad física o del aprendizaje tiene [NIÑO MSHS]?

Ahora quiero hacerle algunas preguntas acerca de la exposición a los pesticidas de las personas de su hogar, en el campo, y/o en su hogar/comunidad.

I-10. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido usted o algún otro miembro de su hogar (sin incluir a [NIÑO MSHS]) atención médica de un médico, enfermera, u otro especialista médico debido a la exposición a pesticidas?

- SI..... 01
- NO..... 02

I-11. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido [NIÑO MSHS] atención médica de un médico, enfermera, u otro especialista médico debido a la exposición a pesticidas?

- SI..... 01
- NO..... 02

I-12. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguien de su hogar entrenamiento o instrucciones en el uso seguro de pesticidas (a través de video, cintas casete, lecciones en salón de clases, material escrito, charlas informales, o de alguna otra forma)?

- SÍ..... 01
- NO..... 02

Ahora quiero preguntarle sobre cualquier lesión que [NIÑO MSHS] haya tenido en un programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, en el hogar, en el vecindario, o en el campo.

I-13. En los **últimos 12 meses**, ¿cuántas veces ha visto [NIÑO MSHS] un médico o algún otro profesional médico, o ha visitado una clínica o una sala de emergencias a causa de una **lesión**?

| | |
|------------------------|---------|
| NUNCA | 01 (J1) |
| UNA VEZ..... | 02 |
| DOS VECES | 03 |
| TRES O MÁS VECES | 04 |

I-14. ¿Cuál fue la causa de (esta lesión/la lesión más seria)?

| | |
|---|----|
| CAÍDA | 01 |
| ASFIXIA | 02 |
| ACCIDENTE DE AUTO/CAMIÓN: NIÑO ESTABA EN EL VEHÍCULO | 03 |
| ACCIDENTE DE AUTO/CAMIÓN: NIÑO NO ESTABA EN EL VEHÍCULO..... | 04 |
| MORDEDURA DE ANIMAL/PICADA DE INSECTO | 05 |
| FUEGO, AGUA CALIENTE, O ELECTRICIDAD | 06 |
| CORTE O PERFORACIÓN CON OBJETO AFILADO | 07 |
| OTRO (ESPECIFIQUE): _____ | 08 |

I-15. ¿Dónde sucedió esta lesión?

| | |
|--|----|
| EN EL HOGAR PRINCIPAL DEL NIÑO | 01 |
| EN EL DOMICILIO TEMPORAL DEL NIÑO | 02 |
| EN OTRO HOGAR PRIVADO | 03 |
| EN EL CAMPO DE TRABAJO (RANCHO)..... | 04 |
| EN EL CENTRO MSHS | 05 |
| EN OTRO SITIO DE CUIDADO INFANTIL..... | 06 |
| EN EL PARQUE DE JUEGOS/ÁREA DE RECREACIÓN | 07 |
| OTRO (ESPECIFIQUE) _____ | 08 |

J. SALUD Y NUTRICIÓN DE LA FAMILIA

Ahora hablemos sobre la salud y la nutrición de la familia. Las primeras preguntas se refieren a los alimentos...

- J1. En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que usted y los miembros de su hogar no tuvieron suficientes alimentos porque no tenían **suficiente dinero** para comprar alimentos?

SÍ..... 01
NO..... 02 (J3)
NO SABE 08 (J3)
REHUSÓ..... 07 (J3)

- J2. ¿Qué tan seguido sucedió esto? ¿Diría...

(MUESTRE TARJETA J)

Casi todos los meses,..... 01
Algunos meses, o 02
Uno o dos meses solamente? 03
NO SABE 08
REHUSÓ..... 07

J_INTRO2. Ahora hablemos de la salud de la familia.

- J3. ¿Diría usted que (su salud/la salud de la madre de [NIÑO MSHS]) en general es...

(MUESTRE TARJETA F)

Excelente, 01
Muy Buena,..... 02
Buena,..... 03
Regular, o..... 04
Mala? 05

**SI EL PADRE NO ES MIEMBRO
DEL HOGAR, PASE A J5.**

- J4. ¿Qué tal el padre de [NIÑO MSHS]? ¿Diría usted que (su salud/la salud del padre de [NIÑO MSHS]) en general es...

(MUESTRE TARJETA F)

Excelente, 01
Muy Buena,..... 02
Buena,..... 03
Regular, o..... 04
Mala? 05

J5. ¿Tiene alguien en su hogar, que no sea [NIÑO MSHS], una enfermedad o condición de salud que requiere servicio médico regular continuo?

SÍ..... 1
NO..... 2

J6. ¿Fuma (usted/la madre de [NIÑO MSHS]) tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SÍ..... 1
NO..... 2

**SI EL PADRE NO ES MIEMBRO
DEL HOGAR, PASE A J8.**

J7. ¿Qué tal el padre de [NIÑO MSHS]? ¿Fuma (usted/el padre de [NIÑO MSHS]) tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

SÍ..... 1
NO..... 2

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

SÍ..... 1
NO..... 2

K. CREENCIAS DE LOS PADRES

K1. Aquí hay algunas afirmaciones que los padres de niños pequeños dicen de sí mismos. Le voy a leer las afirmaciones, después de cada una por favor dígame si esto es, *muy parecido a usted, algo parecido a usted, o nada parecido a usted.*

(MUESTRE TARJETA L)

| | <u>Muy parecido a usted</u> | <u>Algo parecido a usted</u> | <u>Nada parecido a usted</u> |
|---|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Controlo a mi niño advirtiéndole de las cosas malas que le pueden suceder..... | 1 | 2 | 3 |
| b. Hay veces que simplemente no tengo energías para hacer que mi niño se comporte como debería | 1 | 2 | 3 |
| c. Mi niño y yo tenemos momentos tiernos y dulces cuando estamos juntos | 1 | 2 | 3 |
| d. Le enseño a mi niño que de una manera u otra siempre habrá castigo si se porta mal o no sigue las reglas establecidas | 1 | 2 | 3 |
| e. Trato que mi niño tenga curiosidad, para explorar y preguntar cosas | 1 | 2 | 3 |
| f. No le permito a mi niño que se enoje conmigo | 1 | 2 | 3 |
| g. Soy complaciente y tranquilo(a) con mi niño | 1 | 2 | 3 |
| h. Me aseguro de que mi niño sepa que yo aprecio lo que (él/ella) trata de realizar..... | 1 | 2 | 3 |
| i. Trato que mi niño sea independiente de mí..... | 1 | 2 | 3 |
| j. Una vez que decido cómo disciplinar un mal comportamiento de mi niño, lo cumplo y sigo hasta el final | 1 | 2 | 3 |
| k. No tengo ningún problema, o tengo muy poco problema, para seguir las reglas establecidas con mi niño aun cuando haya parientes cercanos presente (incluyendo a los abuelos)..... | 1 | 2 | 3 |
| l. Yo creo que el castigo físico es la mejor manera de disciplinar | 1 | 2 | 3 |

L. APOYO SOCIAL

L1. Muchas personas y grupos de personas pueden ser una ayuda para los miembros de una familia que está criando un niño pequeño. Queremos saber cuánta ayuda le prestan diferentes personas y grupos a su familia.

Por favor nombre hasta tres personas, grupos u organizaciones que han sido los más útiles para usted en la crianza de [NIÑO MSHS] durante el mes pasado. (INDAGUE EL TIPO DE PARENTESCO CON EL NIÑO Y QUÉ HAN HECHO ELLOS PARA AYUDAR.)

| | A | B |
|---|--|------------------------|
| | ANOTE SOLAMENTE LA RELACIÓN CON EL NIÑO O TIPO DE GRUPO/ORGANIZACIÓN | TIPO DE AYUDA RECIBIDA |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

L2. Desde la última vez que [NIÑO MSHS] comenzó a asistir a Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, ¿ha asistido (usted/uno de los padres/uno de los guardianes) a...

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Grupos de apoyo para ayudar con la crianza de los niños?.. | 1 | 2 |
| b. Clases para la crianza de los niños? | 1 | 2 |

M. ACCESO A Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Ahora tengo algunas preguntas acerca de las experiencias de su hogar con diferentes agencias de la comunidad. Me gustaría saber acerca de los servicios que su hogar ha necesitado desde que [NIÑO MSHS] comenzó a asistir a Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, incluyendo aquellos servicios que las personas de su hogar hayan recibido antes que [NIÑO MSHS] haya sido matriculado(a) en Head Start para Familias Migrantes y de Temporada.

| M1. (¿Está consciente usted) o... sabe acerca de servicios sociales tales como ... | M2. SI “SÍ” EN M1: ¿Está usted o alguien en su hogar recibiendo estos servicios? | | M3. SI “SÍ” EN M2: ¿Le ayudó Head Start para Familias Migrantes y de Temporada con esto de alguna manera? | | M4. SI “SÍ” EN M1 Y “NO” EN M2: ¿Por qué usted o alguien en su hogar no está recibiendo estos servicios? [USE CÓDIGOS] | | |
|---|---|----|--|---|--|----|--|
| | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | |
| ASISTENCIA ECONÓMICA | | | | | | | |
| a. Asistencia de Ingreso—tal como TANF, SSI,..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| b. Pagos por desempleo o incapacidad (seguro por incapacidad o compensación de trabajadores – incluyendo incapacidad por embarazo) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| c. Ayuda para alimentos y nutrición – tal como sellos/estampillas/cheques para alimentos o “WIC” | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| d. Ayuda para vivienda | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| e. Ayuda para servicios públicos (servicios de agua corriente, agua caliente, calefacción, teléfono) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| ASISTENCIA DE EMPLEO | | | | | | | |
| f. Capacitación de trabajo | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| ASISTENCIA DE EDUCACIÓN | | | | | | | |
| g. Capacitación de inglés como Segundo idioma | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| h. Educación de adultos (GED, selección de universidad) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| CÓDIGOS PARA M4: | | | | | | | |
| 1 = NO TIENE PAPELES (NO TIENE RESIDENCIA LEGAL EN EE.UU.) 2 = NO SABE DÓNDE SOLICITARLO 3 = NO TIENE TIEMPO PARA SOLICITARLO | | | | 4 = SOLICITÓ Y TODAVÍA ESTÁ ESPERANDO 5 = SOLICITÓ, PERO SE LO NEGARON PORQUE (ESPECIFIQUE) 6 = OTRO: (ESPECIFIQUE) | | | |

| M1 (CONTINUADA). (¿Está consciente usted) o... sabe acerca de servicios sociales tales como ... | | M2. SI "SÍ" EN M1: ¿Está usted o alguien en su hogar recibiendo estos servicios? | | M3. SI "SÍ" EN M2: ¿Le ayudó Head Start para Familias Migrantes y de Temporada con esto de alguna manera? | | M4. SI "SÍ" EN M1 Y "NO" EN M2: ¿Por qué usted o alguien en su hogar no está recibiendo estos servicios? [USE CÓDIGOS] | |
|---|----|---|----|---|----|--|--|
| | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | |
| SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | |
| i. Otro Seguro de Salud provisto por el gobierno (ejemplo: financiado por el condado o local, u otro)? | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| j. Servicio médico o dental para [NIÑO MSHS]..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| k. Servicio médico o dental para adultos | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| l. Cuidado prenatal..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| SERVICIOS SOCIALES | | | | | | | |
| m. Ayuda legal | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| CÓDIGOS PARA M4: | | | | | | | |
| 1 = NO TIENE PAPELES (NO TIENE RESIDENCIA LEGAL EN EE.UU.) 2 = NO SABE DÓNDE SOLICITARLO 3 = NO TIENE TIEMPO PARA SOLICITARLO | | | | 4 = SOLICITÓ Y TODAVÍA ESTÁ ESPERANDO 5 = SOLICITÓ, PERO SE LO NEGARON PORQUE (ESPECIFIQUE) 6 = OTRO: (ESPECIFIQUE) | | | |

N. SUS SENTIMIENTOS

- N1. Durante los 12 meses pasados,...
- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Hubo alguna vez en que se sintió triste, o deprimido(a) por <u>dos semanas o más</u> ?..... | 1 | 2 |
| b. Hubo alguna vez un período de tiempo que durara <u>dos semanas o más</u> en que usted perdió interés en la mayoría de las cosas, tales como pasatiempos, trabajo, o actividades que normalmente le producen placer? | 1 | 2 |
| c. ¿Se sintió triste o deprimido(a) la mayor parte del tiempo, aun si algunos días se sintió bien? | 1 | 2 |
| d. ¿Tuvo alguna vez un período de tiempo que durara un mes o más en que se sintió preocupado(a), tenso(a), inquieto(a)? | 1 | 2 |
| e. ¿Hubo alguna vez un período de tiempo en que usted se preocupó más de lo que se hubiera preocupado a mayoría de las personas en la misma situación? [INDAGUE: Las personas son diferentes en la manera que se preocupan acerca de algunas cosas, ¿pero diría que usted se preocupó mucho más de lo que se habría preocupado cualquier persona?]...... | 1 | 2 |

**SI “SÍ” EN CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS EN N1,
 PASE A N2. DE LO CONTRARIO PASE A LA SECCIÓN O**

N2. ¿Cuántas semanas en total se sintió de esta manera durante los últimos 12 meses?

SEMANAS

N3. ¿Le contó acerca de estos problemas a un médico? (INDAGUE: Por un médico quiero decir un doctor en medicina o un osteópata, o un estudiante que está siendo capacitado para ser un doctor en medicina u osteópata.)

- SÍ 1
 NO 2

N4. ¿Le contó usted a algún otro profesional, tal como a un psicólogo, trabajador social, consejero, enfermera, clérigo, u otra ayuda profesional?

- SÍ 1
 NO 2

N5. Para estos problemas, ¿tomó medicinas más de una vez? Y,...llegó a tomar bebidas alcohólicas más de una vez? O tuvo que usar drogas más de una vez? [HAGA LAS TRES PREGUNTAS POR SEPARADO. CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA SE MARCA “SÍ”]

- SÍ 1
 NO..... 2

N6. ¿Cuánto interfirieron estos problemas con su vida o actividades – mucho, algo, un poco, o nada?

(MUESTRE TARJETA M)

- Mucho, 1
 Algo,..... 2
 Un poco, o..... 3
 Nada?..... 4

O. SATISFACCIÓN CON HEAD START PARA FAMILIAS MIGRANTES Y DE TEMPORADA

O1. ¿Cuáles son las formas principales en que usted cree que Head Start para Familias Migrantes y de Temporada le ayudó a su familia este año? INDAGUE: ¿Le ayudaron ellos a su familia en alguna otra área además de educar a [NIÑO MSHS]? (ASEGÚRESE QUE LA PERSONA ENTREVISTADA COMPRENDE QUE ESTA PREGUNTA ES ACERCA DE LA **FAMILIA**). INDAGUE: ¿Qué más?

O2. ¿Cuáles son las formas principales que usted siente que Head Start para Familias Migrantes y de Temporada le ayudó a [NIÑO MSHS]? (ASEGÚRESE QUE LA PERSONA ENTREVISTADA COMPRENDE QUE ESTA PREGUNTA ES ACERCA DE **[NIÑO MSHS]**). INDAGUE: ¿Qué más?

O3. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada de [NIÑO MSHS]. Basado en lo que ha sucedido en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada desde que [NIÑO MSHS] empezó a asistir a este programa, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo bien que el programa lo está haciendo en las siguientes áreas?

(MUESTRE TARJETA N)

| | <u>Insatisfecho(a)</u> | <u>Algo Satisfecho(a)</u> | <u>Satisfecho(a)</u> | <u>No Sabe/NA</u> |
|--|------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| a. Ayudando a [NIÑO MSHS] a crecer y desarrollarse..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| b. Manteniéndose abiertos a las ideas y participación suya..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| c. Apoyando y respetando la cultura y origen de su familia | 1 | 2 | 3 | 8 |
| d. Identificando y ayudando a proporcionar servicios que ayudan a su familia - por ejemplo, ayuda pública, transporte, o capacitación de trabajo | 1 | 2 | 3 | 8 |
| e. Manteniendo un programa seguro - por ejemplo, patios seguros y, salones de clase limpios y ordenados | 1 | 2 | 3 | 8 |
| f. Preparando a [NIÑO MSHS] para que entre a kindergarten | 1 | 2 | 3 | 8 |
| g. Ayudándole a usted a que se incorpore y que participe en grupos que son activos en su comunidad | 1 | 2 | 3 | 8 |

O4. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [NIÑO MSHS] y suyas con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada. Por favor dígame cual respuesta describe mejor las experiencias de [NIÑO MSHS] y suyas con el programa.

(MUESTRE TARJETA O)

| | <u>Nunca</u> | <u>Algunas Veces</u> | <u>Siempre</u> | <u>No Sabe</u> |
|--|--------------|----------------------|----------------|----------------|
| a. [NIÑO MSHS] se siente seguro y protegido en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada | 1 | 2 | 3 | 8 |
| b. [NIÑO MSHS] recibe mucha atención individual..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| c. La maestra de [NIÑO MSHS] es abierta a la nueva información y al aprendizaje | 1 | 2 | 3 | 8 |
| d. [NIÑO MSHS] ha estado feliz en el programa..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| e. La maestra de [NIÑO MSHS] es amable y afectuosa con él/ella..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| f. Las maestras tratan con respeto a [NIÑO MSHS] | 1 | 2 | 3 | 8 |
| g. La maestra se interesa por [NIÑO MSHS] | 1 | 2 | 3 | 8 |
| h. [NIÑO MSHS] se siente aceptado por la maestra..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| i. La maestra le apoya a usted como padre/madre de familia | 1 | 2 | 3 | 8 |
| j. Usted se siente bienvenido por la maestra | 1 | 2 | 3 | 8 |
| k. La maestra maneja los asuntos de disciplina fácilmente y sin ser dura..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| l. La maestra parece feliz y contenta..... | 1 | 2 | 3 | 8 |
| m. La asistente/ayudante de la maestra es afectuosa y amable con [NIÑO MSHS] | 1 | 2 | 3 | 8 |

O5. Si usted pudiera cambiar alguna cosa en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, ¿qué cambio cree usted que ayudaría a servir mejor a los niños y a sus familias?

P. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA

Hemos terminado la entrevista. Ahora quisiera que me diera su opinión acerca de la entrevista y del tipo de preguntas que le hicimos.

P1. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que eran especialmente importantes que hiciéramos?

P2. ¿Que usted pensó que no eran importantes que hiciéramos?

P3. ¿Hubo algunas preguntas que no hicimos, que usted piensa que sería importante que hiciéramos?

P4. ¿Desea hacer algún comentario acerca de la entrevista o hay algo que quisiera decir?

**RESUMEN DE LA LISTA DE LAS NECESIDADES SIN RESOLVER:
MARQUE LOS ENCASILLADOS DE ABAJO DE ACUERDO A LAS
CONDICIONES LÓGICAS CORRESPONDIENTES**

- SEGURO DE SALUD: MARQUE SI E22d ESTÁ CODIFICADA "3" O "5".
- CUIDADO INFANTIL: MARQUE SI EN F18 O F19 SON 2 O MÁS DÍAS.
- SERVICIO DE SALUD MÉDICO/DENTAL: MARQUE SI I3 ES "NO" O I6 ES "NO" O SI ALGUNA RESPUESTA M4i-I ESTÁ CODIFICADA "2".
- AYUDA PARA ALIMENTOS: MARQUE SI J2 ESTÁ CODIFICADA "1" O "2".
- AYUDA DE INGRESO =: MARQUE SI ALGUNA M4a-e ESTÁ CODIFICADA "2".
- AYUDA DE EMPLEO: MARQUE SI M4f ESTÁ CODIFICADA "2".
- AYUDA DE EDUCACIÓN: MARQUE SI M4g O M4h ESTÁ CODIFICADA "2".
- SERVICIOS SOCIALES: MARQUE SI M4m ESTÁ CODIFICADA "2".

**SI HAY ALGÚN ENCASILLADO MARCADO, PASE A P5. DE LO
CONTRARIO, PASE AL FINAL DE LA ENTREVISTA.**

- P5. Finalmente, quisiéramos hablar con usted acerca de una par de cosas que se mencionaron durante la entrevista. Usted mencionó que no había usado los servicios de _____ (REFIÉRASE A TODOS LOS SERVICIOS MARCADOS EN EL ENCASILLADO DE LA ENTREVISTA) y que no estaba seguro(a) cómo averiguar acerca de estos servicios. Queremos asegurarnos que usted tenga información acerca de estos servicios. El centro tiene personal listo para ayudarle a usted a averiguar acerca de estos servicios, y hay una lista de este personal y del tipo de servicios que ellos conocen. (ENTREGUE LA CARTA A LA PERSONA ENTREVISTADA Y MENCÍONELE LOS NOMBRES DE LAS PESONAS DEL CENTRO QUE PUEDEN SABER ACERCA DE LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS QUE LA PERSONA NECESITA). ¿Desea hacer alguna pregunta acerca de esto?

Q. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Gracias por pasar este tiempo conmigo. Como le explicamos antes, tenemos planes de entrevistarle nuevamente en unos pocos meses y necesitamos saber cómo comunicarnos con usted. (ACEPTE INFORMACIÓN DE EE.UU. U OTRO PAÍS)

PARTICIPANTE

Qa. Por favor dígame cuál es su dirección (residencia permanente).

Dirección: _____
Número y Calle/Ave/ (Street) Apt.

Ciudad Estado Código postal

Qb. ¿Cuál es su dirección postal? (del correo o "mailing address")

Dirección: _____
Número y Calle/Ave/ (Street) Apt.

Ciudad Estado Código postal

Qc. ¿Cuál es su número de teléfono? (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

_____-_____
(país) (código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

Qd. ¿Puede darme otro número de teléfono donde podamos ponernos en contacto con usted? [DE CUALQUIER OTRA PERSONA] (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

_____-_____
(país) (código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7 (PASE A Qh)

Qe. ¿De quién es ese teléfono?

Nombre: _____

REHUSÓ..... 7

Qf. ¿Dónde está empleado?

NO ESTÁ EMPLEADO 1

Qg. ¿Cuál es el número de teléfono de su trabajo? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

CONTACTO FUERA DE LOS EE.UU. SI CORRESPONDE

¿Cuáles son las direcciones y teléfonos de sus parientes o amigos en **otro país** que saben donde se encontrará usted en los próximos seis meses?

Qh. ¿Cómo se llama la persona? _____

Qi. ¿Qué relación tiene con [NIÑO MSHS]?

....PARIENTE O FAMILIAR (ESPECIFIQUE): 1

NO ES PARIENTE 2

Qj. ¿Cuál es la dirección de (personas en Qh)?

Dirección: _____

Número y Calle/Ave/ (Street) Apt.

Ciudad Estado Código postal

Qk. ¿Cuál es el teléfono de (personas en Qh)? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

CONTACTOS

Por favor dígame los nombres, teléfonos y direcciones de tres personas que sabrán dónde se encontrará usted en 6 meses? Si son de fuera de los EE.UU., también puede incluirlos.

CONTACTO #1

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

CONTACTO #2

Q2a. ¿Cómo se llama la (SEGUNDA) persona? _____

Q2b. ¿Qué relación tiene con [NIÑO MSHS]?

PARIENTE O FAMILIAR (ESPECIFIQUE): 1

NO ES PARIENTE..... 2

Q2c. ¿Cuál es el teléfono de (personas en Q2a)? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

RESIDENCIA.... CELULAR..... BEEPER.....

Teléfono #2 _____ (GO TO Q8e)
(país) (código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

Q2d. ¿Cuál es la dirección de (personas en Q2a)?

Dirección: _____

Número y Calle/Ave/ (Street) Apt.

Ciudad Estado Código postal

Q2e. ¿Dónde trabaja (persona en Q1a)? _____

NO TRABAJA..... 1 (PASE A Q3a)

Q2f. ¿Cuál es el teléfono de (personas en Qh)? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

CONTACTO #3

Q3a. ¿Cómo se llama la (SEGUNDA) persona? _____

Q3b. ¿Qué relación tiene con [NIÑO MSHS]?

PARIENTE O FAMILIAR (ESPECIFIQUE): 1

NO ES PARIENTE..... 2

Q3c. ¿Cuál es el teléfono de (personas en Q3a)? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

RESIDENCIA.... CELULAR..... BEEPER.....

Teléfono #2 _____ (GO TO Q8e)
(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

Q3d. ¿Cuál es la dirección de (personas en Q3a)?

Dirección: _____

Número y Calle/Ave/ (Street)

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Q3e. ¿Dónde trabaja (persona en Q1a)? _____

NO TRABAJA..... 1 (PASE A Q3a)

Q3f. ¿Cuál es el teléfono de (personas en Qh)? (INCLUYA CÓDIGO DE CIUDAD Y PAÍS)

RESIDENCIA.... CELULAR..... "BEEPER".....

(país) _____ - _____ - _____
(código de área)

NO TIENE TELÉFONO..... 1
REHUSÓ..... 7

PIDA LA FIRMA ABAJO.

Doy mi autorización a las personas nombradas arriba para que den mi dirección y número de teléfono a un representante del Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio Head Start para Familias Migrantes y de Temporada.

Firma de la Persona Entrevistada

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha

Muchas gracias por su cooperación.

COMPLETAR DESPUÉS DE HABER TERMINADO LA ENTREVISTA.

R. ÍNDICE DE CONFIANZA

R1. Códigos finales de la entrevista:

| | |
|---|---|
| Entrevistado terminó la entrevista prematuramente | 1 |
| Entrevistado se rehusó a participar en la entrevista..... | 2 |
| Entrevistado no pudo responder (POR FAVOR ESPECIFIQUE).. | 3 |
| Entrevista completa..... | |
| | 4 |

R2. Por favor califique las siguientes cualidades del entrevistado, la situación de entrevista, y la información recolectada.

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| a. Capacidad para comprender todas las preguntas con facilidad | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Difícilmente podía entender |
| b. Veraz | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Falso |
| c. Exacto/Preciso | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Inexacto/Impreciso |
| d. Interesado(a) en la entrevista | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | No tenía interés en la entrevista |
| e. Cooperador | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | No cooperó |
| f. No tenía problema con el idioma | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Hablaba con gran dificultad |
| g. No hubo interrupciones durante la entrevista | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Interrupciones frecuentes |
| h. Su opinión sobre la calidad general de la información: | | | | | | | | |
| Alta | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Baja |

APÉNDICE: TARJETAS DE RESPUESTAS

TARJETA DE RESPUESTA A

Nunca

Una o dos veces

Tres o más veces

Todos los días

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta G1 - Español

TARJETA DE RESPUESTA B

Todas las letras del alfabeto

La mayoría de ellas

Algunas de ellas

Ninguna de ellas

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta H1 - Español

TARJETA DE RESPUESTA C

Nada

Hasta 5

Hasta 10

Hasta 20

Hasta 50

Hasta 100 o más

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta H2 - Español

TARJETA DE RESPUESTA D

Nunca

Lo ha hecho una o dos veces

Algunas veces

Frecuentemente

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta H5 - Español

TARJETA DE RESPUESTA E

Todos ellos

Algunos de ellos

Ninguno de ellos

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta H14 - Español

TARJETA DE RESPUESTA F

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta I-1, J3, J4 - Español

TARJETA DE RESPUESTA G

Menos de 1 año

Entre 1 y 2 años

2 años o más

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta I-4 - Español

TARJETA DE RESPUESTA H

Menos de 1 año

1 año, pero menos de 2 años

2 años o más

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta I-7 - Español

TARJETA DE RESPUESTA J

Casi todos los meses

Algunos meses

Uno o dos meses solamente

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta J2 - Español

TARJETA DE RESPUESTA L

Muy parecido a usted

Algo parecido a usted

Nada parecido a usted

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta K1 - Español

TARJETA DE RESPUESTA M

Mucho

Algo

Un poco

Nada

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta N6 - Español

TARJETA DE RESPUESTA N

Insatisfecho(a)

Algo satisfecho(a)

Satisfecho(a)

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta O3 - Español

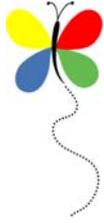
TARJETA DE RESPUESTA O

Nunca

Algunas veces

Siempre

Entrevista de los Padres (Completa), Pregunta O4 – Español



**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio
Head Start para Familias Migrantes y de Temporada
Protocolo Combinado del Director del Centro y del
Personal - REVISADA**

Identificación del Centro: _____

Nombre del Director

del Centro: _____

Nombre del Coordinador

de Educación: _____

Nombre del Coordinador

de Educación: _____

Nombre del Trabajador

Fecha(s): _____

Entrevistador: _____

Completa

INTRODUCCIÓN

El Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, es un proyecto financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“DHHS” por sus siglas en inglés), de los Estados Unidos, el cuál auspicia el Programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada (“MSHS” por sus siglas en inglés). El proyecto está dirigido a averiguar de los programas acerca de cómo están ayudando ellos a las familias trabajadoras agrícolas migrantes y de temporada y acerca de las capacidades y desafíos de estas familias. Una parte muy importante del estudio es averiguar de parte del personal acerca de lo que pasa en los centros y salones de clases, particularmente cómo está adaptado el programa a las necesidades de los niños y sus familias, para ayudarnos a comprender cómo estudiar estos programas y sus a participantes.

Es importante decirle a usted que en este estudio estamos viendo solamente la viabilidad de hacer realmente un estudio de investigación de los programas Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, así es que queremos aprender lo más que podamos haciéndole a usted preguntas en esta entrevista. Pero si en cualquier momento siente que la pregunta que le estamos haciendo no tiene sentido, o, que estamos dejando de preguntarle algo importante, por favor dígame. Al final de la entrevista le pediré que haga algunos comentarios acerca de las preguntas de la entrevista para ver su reacción a ésta. Nuevamente, esto es para que podamos aprender qué preguntas hacer y saber cómo funciona el programa. Con el propósito de desarrollar un buen diseño para una evaluación futura.

Por favor, quiero que sepa que todas sus respuestas serán mantenidas estrictamente confidenciales, y que esta entrevista tomará alrededor de 30 a 60 minutos de su tiempo.

Antes de comenzar, por favor permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda a una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es 0970-0262 (vence en 3/31/07). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 30 a 60 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes que empecemos?

INFORMACIÓN DEL CENTRO

| | |
|---|-------|
| Nombre del Centro | _____ |
| Dirección | _____ |
| Teléfono | _____ |
| Fax | _____ |
| E-Mail | _____ |
| Nombre de contacto, E-Mail, y teléfono | _____ |
| Nombre del Director del Centro, E-Mail, y teléfono | _____ |
| Nombre del Programa | _____ |
| Concesionario | _____ |
| Organización Auspiciadora | _____ |
| Fecha de Inicio | _____ |
| Fecha de Finalización | _____ |

DATOS DEL CENTRO

| Características del Centro | De Temporada o Temporal | Tiempo Completo o Permanente |
|---|----------------------------|---------------------------------|
| # de Bebés y Niños Pequeños..... | _____ | _____ |
| # Niños Preescolares..... | _____ | _____ |
| # Niños Migrantes..... | _____ | _____ |
| # Niños de Temporada..... | _____ | _____ |
| # Maestras..... | _____ | _____ |
| # Maestras Especialista (Ej.: música)..... | _____ | _____ |
| # Maestra Asistente o Maestra Ayudante..... | _____ | _____ |
| # Trabajadores de Servicios a las Familias..... | _____ | _____ |
| # Trabajadores de Servicios de Salud..... | _____ | _____ |
| # Coordinadores de Educación..... | _____ | _____ |
| # Director del Centro y Otro Personal Administrativo..... | _____ | _____ |
| # Otro Personal de Oficina –..... | _____ | _____ |
| # Otro (ESPECIFIQUE)..... | _____ | _____ |

A. INSTALACIONES, RECURSOS, Y PERSONAL

La persona principal para responder la Sección A es el Director del Centro.

A1. ¿Qué organización es dueña de estas instalaciones?

A2. ¿Cuál es la naturaleza del acuerdo para que su centro las use?

a. _____

b. ¿Comparte usted estas instalaciones con otros programas de cuidado infantil, por ejemplo, con el programa regular de Head Start?

SÍ..... 1
[SI "SÍ"] ¿Cuáles son esos otros programas de cuidado infantil? _____
NO..... 2

A3. ¿Son adecuadas estas instalaciones para los servicios que usted quiere proveer?

A5. ¿Están localizadas convenientemente las instalaciones para las familias?

A6. ¿Qué tipo de transporte provee usted?

A9. ¿Ha tenido que cambiar o alterar, por alguna razón, las fechas en las que el centro estuvo abierto este año?

SÍ..... 1 (A9a)
NO..... 2

A9a. ¿Afectaran estos cambios (o cambio) la fecha en la que se va a cerrar el centro?

Sí..... 1 (A9a)
NO..... 2

[USO DEL CUADRO DE RESPUESTAS]

A10a. ¿Con qué otras agencias y organizaciones trabaja usted normalmente para satisfacer las necesidades de los niños y familias en su centro? [ANOTE TODO Y USE LA LISTA DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES PARA INDAGAR]

A10b. [SI SE MENCIONA AGENCIA U ORGANIZACIÓN] ¿Tiene usted un acuerdo formal [por ejemplo, un Memorando de Acuerdo] o un acuerdo informal con esa agencia?

A10c. ¿Qué tipos de servicios proveen estas agencias y organizaciones?

| A10a. Agencia/Organización | A10b. Acuerdo Formal/Informal | A10c. Servicios Provistos |
|--|--|------------------------------|
| i. Agencia de Bienestar (Ej.: AFDC) | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| ii. Agencia de Alimentos/Nutrición (Ej.:WIC) | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| iii. Agencia de Servicios de Trabajo (Ej. WIA) | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| iv. Salud Migrante | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| v. Educación Migrante | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| vi. Universidad | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| vii. Organización Religiosa | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| viii. Escuelas Públicas | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| ix. Profesionales Médicos/Dentales | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| x. Centro Comunal de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xi. Organización con Base en la Comunidad | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xii. Ayuda Legal | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xiii. Gobierno Local | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xiv. Asociación de Cultivadores | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xv. Otros Grupos de Patrones | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xvi. Otro 1: _____ | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |
| xvii. Otro 2: _____ | <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal | _____ |

PERSONAL DEL CENTRO

**El Coordinador de Educación puede ser la mejor fuente de información
para las preguntas acerca de los maestros**

A11. ¿Cuántos de los maestro son nuevos en el centro este año?

_____ **CANTIDAD DE MAESTROS**

A12. ¿Hay actualmente vacantes para maestros que no se han llenado?

SÍ..... 1
NO..... 2

A13. Durante el último año del programa, ¿cuántos maestros se fueron y han sido reemplazados?

_____ **CANTIDAD DE MAESTROS**

A14. En su opinión, ¿son los maestros que llegaron este año o el pasado, más calificados, tan calificados, o menos calificados que los maestros que ellos reemplazaron?

¿Más calificados, 1
Tan calificados, o 2
Menos calificados?..... 3
NO HAY NUEVOS MAESTROS..... 4

A15. ¿Es el trabajo de encontrar reemplazo para los maestros bastante fácil, medianamente fácil, medianamente difícil, o muy difícil?

¿Bastante fácil, 1
Medianamente fácil, 2
Medianamente difícil, o 3
Muy difícil? 4

A16. [SI ES RELEVANTE AL CENTRO] ¿Es más fácil encontrar reemplazo para maestros para bebés o niños pequeños o para preescolares?

- ¿Bebés/Niños pequeños?..... 1
- ¿Preescolares más fácil?..... 2
- ¿Más o menos lo mismo?..... 3

A17. ¿Ha hecho o ha empezado recientemente a hacer intentos para reducir la rotación de maestros?

- SÍ..... 1
- NO..... 2 (A21)

A18. ¿Qué está haciendo o tratando de hacer para reducir la rotación de maestros? ¿Qué tal...

| | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Aumentar los sueldos de los maestros, | 1 | 2 |
| b. Contratar más asistentes, ayudantes, | 1 | 2 |
| c. Proveer más o mejores subsidios para capacitación o educación,..... | 1 | 2 |
| d. Proveer mejores beneficios,..... | 1 | 2 |
| e. Darle a los maestros mayor oportunidad para escoger el currículo y planificar las actividades,..... | 1 | 2 |
| f. Proveerle a los maestro mejores instalaciones físicas (muebles, salones o áreas de descanso, etc.), o | 1 | 2 |
| g. Alguna otra cosa? ESPECIFIQUE: _____ | 1 | 2 |

A19. ¿Cuántos maestros asistentes (o ayudantes de maestros) son nuevos en el centro este año?

CANTIDAD DE MAESTROS

A20. ¿Hay actualmente vacantes de maestros asistentes (o ayudantes de maestros) sin llenar?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

A21. Durante el programa del último año, ¿cuántos maestros asistentes (o ayudantes de maestros) se fueron y tuvieron que ser reemplazados?

CANTIDAD DE MAESTROS

A22. ¿Tiene usted maestros u otros miembros del personal en su centro que ...

| | <u>Sí</u> | <u>Sí, algunos pero no todos</u> | <u>No</u> | <u>No Necesito</u> |
|---|-----------|--------------------------------------|-----------|------------------------|
| a. Hablen el idioma del hogar/nativo de los niños de familias que no hablan inglés o que tengan un inglés limitado? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Provean guías sobre costumbres étnicas, tradiciones y valores? | 1 | 2 | 3 | 4 |

**B. PLANIFICACIÓN DE LA MATRÍCULA, LISTAS DE ESPERA,
Y EXPANSIÓN DEL PROGRAMA**

La persona principal para responder la Sección B es el Director del Centro.

B1a. ¿Cómo pronostica usted cuántas familias/niños solicitarán matrícula en su centro?

B1b. ¿Cuáles son sus fuentes de información?

B2. ¿En qué forma, si alguna, trabaja usted con otros centros/programas para saber qué niños es posible que se matriculen y cuáles son sus necesidades específicas?

B3. ¿Cómo se comunican normalmente con su centro la mayoría de los padres para matricular a sus niños cuando vienen a esta área? [CIRCULE LA LETRA]

- a. Ellos no se comunican con nosotros, esperan que MSHS proporcione la información a la comunidad 1
- b. Por su cuenta 2
- c. A través de otro concesionario MSHS 3
- d. Agencias de Servicios Sociales que tienen comunicación con las familias migrantes MSHS 4
- e. Otro 5
(ESPECIFIQUE) _____

B4. ¿Hay niños en esta área de servicio que usted sepa que cumplen los requisitos para el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas y no están recibiendo estos servicios?

- SÍ 1 (B4a)
- NO 2 (B5)

B4a. [SI "SÍ"] ¿Por qué no están recibiendo servicios? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. Falta de puestos para matricularse en el programa 01
- b. Los padres rehúsan participar..... 02
- c. Los padres no saben del programa 03
- d. Ellos viven en áreas lejanas
(Ej.: muy lejos del centro)..... 04
- e. El transporte es un problema 05
- f. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 06
- g. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 07
- h. No sabe 08

B5. Al principio del programa de este año, ¿tenía usted una lista de espera de niños cuyos padres los querían matricular en clases en este centro, pero no había puestos disponibles para ellos?

- SÍ..... 1
- NO..... 2 (B11)

B6. ¿Cuántos niños había en esta lista de espera?

CANTIDAD DE NIÑOS

B7. Basado en la experiencia del año pasado, ¿cuántos niños de la lista de espera cree usted que eventualmente serán matriculados durante el curso del año?

CANTIDAD DE NIÑOS

B8. Basado en su experiencia en este centro, ¿cuántos niños de la lista de espera cree usted que eventualmente serán matriculados durante el curso de la sesión?

CANTIDAD DE NIÑOS

B9. ¿Tiene usted listas de espera separadas para los diferentes grupos de edades (Por ejemplo, una lista para bebés, una para niños pequeños, y una para preescolares)?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

B10. ¿Cuál es su procedimiento para seleccionar a los niños de la lista de espera? [SELECCIONE TODO LO QUE CORRESPONDA – CONSIGA COPIA DE LAS REGLAS O PROCEDIMIENTOS]

- ¿Por orden de llegada, 01
- Un sistema de prioridades basado en una evaluación
de las necesidades del niño o de la familia,..... 02
- Un sistema de prioridades basado en metas para
diversidad étnica/religiosa/idiomática, o 03
- Una mezcla de estos criterios de selección?..... 04

Otro (ESPECIFIQUE) _____ 05

B11. ¿Manda usted familias a otros programas para que reciban a sus niños si usted no tiene espacio para ellos?

SÍ..... 1 (B11a)
 NO..... 2 (B12)

B11a. [SI "SÍ"] ¿Cuáles son los otros programas?

B11b. [SI "SÍ"] ¿Escogen las familias matricular a sus niños?

B12. ¿Ha expandido usted el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas en este centro en los dos últimos años para atender más niños?

SÍ..... 1
 NO..... 2 (B18)

B13. ¿Cuántos niños ha agregado?

 CANTIDAD DE NIÑOS

B14. ¿Cuántos salones de clases ha agregado?

 CANTIDAD DE SALONES DE CLASE

B15. ¿Cuántos maestros ha agregado?

 CANTIDAD DE MAESTROS

B16. ¿Ha agregado nuevos componentes al programa, tales como...

| | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas en el hogar del niño, | 1 | 2 |
| b. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas de cuidado provisto por una familia, | 1 | 2 |
| c. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas, u | 1 | 2 |
| d. Otro? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

B17. Al hacer esta expansión, ¿ha encontrado usted problemas serios en alguna de las siguientes áreas? ¿Qué tal...

| | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Matrícula de niños para llenar los puestos que ha agregado, | 1 | 2 |
| b. Matrícula de maestros calificados, | 1 | 2 |
| c. Capacitación de maestros o personal, | 1 | 2 |
| d. Encontrar o construir espacio/instalaciones adicionales, | 1 | 2 |
| e. Manejar la cantidad de padres/familias que aumentaron, | 1 | 2 |
| f. Administrar la cantidad de personal que aumentó, o..... | 1 | 2 |
| g. Otro? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

B18. ¿Tiene usted planes de expandir el programa Migrante y de Temporada de Head Start en este Centro (más adelante) en los próximos dos años para atender a más niños?

| | |
|---------|---------------|
| SÍ..... | 1 |
| NO..... | 2 (SECCIÓN C) |

B19. ¿Cuántos niños tiene planes de agregar?

CANTIDAD DE NIÑOS

B20. ¿Cuántos salones de clases tiene planes de agregar?

CANTIDAD DE SALONES DE CLASE

B21. ¿Cuántos maestros tiene planes de agregar?

CANTIDAD DE MAESTROS

B22. ¿Tiene planes de agregar nuevos componentes al programa, tales como:

| | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas en el hogar del niño? | 1 | 2 |
| b. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas de cuidado infantil provisto por una familia, | 1 | 2 |
| c. Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas, u..... | 1 | 2 |
| d. Otro? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

B23. Al hacer esta expansión, ¿anticipa encontrar problemas serios en alguna de las siguientes áreas? ¿Qué tal...

| | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Matrícula de niños para llenar los puestos que ha agregado, | 1 | 2 |
| b. Matrícula de maestros calificados, | 1 | 2 |
| c. Capacitación de maestros o personal, | 1 | 2 |
| d. Encontrar o construir espacio/instalaciones adicionales, 1 | 2 | |
| e. Manejar la cantidad de padres/familias que aumentaron, | 1 | 2 |
| f. Administrar la cantidad de personal que aumentó, u..... | 1 | 2 |
| g. Otro? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

C. SERVICIOS DE SALUD

**La persona principal para responder la Sección C es el Coordinador de Servicios de Salud (“HSC”).
Si no hay “HSC”, el mejor recurso sería el Director del Centro**

C1. ¿Provee o coordina su centro para que los niños reciban algunos de los siguientes servicios?

- a. ¿Exámenes físicos? 1
- b. ¿Exámenes dentales? 2
- c. ¿Exámenes de la audición, habla, o visión?..... 3
- d. ¿Servicios de salud mental? 4

SIGA A C4 SI NO HAY TRABAJADORES DE SERVICIO DE SALUD ANOTADOS EN LA TABLA DE INFORMACIÓN DEL CENTRO

C2. ¿Cuál es la cantidad promedio de casos que atiende(n) (el/los) trabajador(es) de servicios de salud de este centro? [Ej.: ¿A cuántas familias atienden ellos?]

CANTIDAD DE FAMILIAS

C3. ¿Qué tipo de servicios le proveen los trabajadores de servicios de salud a los niños MSHS?

C4. ¿Cuál de los siguientes proveedores médicos o dentales trabajan con su centro para proporcionarles servicios de salud a los niños de su centro? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. Departamentos de salud de la ciudad, condado, o regionales..... 01
- b. Programas de salud de la escuela..... 02
- c. Clínicas de salud Migrantes 03
- d. Centros de salud de la comunidad..... 04
- e. Centros de salud mental de la comunidad..... 05
- f. Médicos o dentistas particulares..... 06
- g. Psicólogos particulares 07
- h. Otro 1 (ESPECIFIQUE)..... 08
- i. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 09
- j. No sabe 98

C5. ¿Qué tipo de servicios médicos vienen a proporcionar estos proveedores al centro MSHS?
[ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. Servicios de emergencia..... 01
- b. Exámenes físicos 02
- c. Vacunas 03
- d. Servicios dentales 04
- e. Servicios de la visión..... 05
- f. Servicios de la audición 06
- g. Servicios de salud mental 07
- h. Servicios de discapacidades..... 08
- i. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 09
- j. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 10
- k. No sabe 98

C6. Cada año, ¿aproximadamente qué porcentaje de niños están al día con sus vacunas antes de matricularse en el centro Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

PORCENTAJE DE NIÑOS

C7. ¿Algún niño de los que asisten actualmente a este centro tiene necesidad de dietas especiales, y si es así, cuáles son estas?

- SÍ..... 1 (C7a)
- NO..... 2 (C8)

C7a. [SI "SÍ"] ¿Qué necesidades de dietas especiales tienen sus niños?

C8. ¿Presentan las condiciones locales de vivienda algún peligro de salud para las familias que atiende este centro?

- SÍ..... 1 (C8a)
- NO..... 2 (C9)

C8a. [SI "SÍ"] Por favor explique.

C9. ¿Presentan las condiciones locales de trabajo algún peligro de salud para las familias que atiende este centro?

- SÍ..... 1 (C9a)
NO..... 2 (C10)

C9a. [SI "SÍ"] Por favor explique.

C10. ¿Qué problemas de salud nuevos o extraordinarios, incluyendo problemas de salud mental, ha observado usted en las familias migrantes en los dos (2) últimos años?

C11. ¿Cómo se pone a disposición de los padres la información acerca del papel que ellos juegan en la mantención de la salud de sus niños, incluyendo la salud mental?

(SELECCIONE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- a. No hay información o capacitación disponible para los padres 01
- b. Sesiones para los padres solamente..... 02
- c. Los padres asisten a las sesiones que se le proveen a sus niños 03
- d. Se manda material escrito a los hogares..... 04
- e. Hay material escrito disponible para que los padres lo pasen a buscar al centro..... 05
- f. Los padres acompañan a sus niños a los exámenes del proveedor médico..... 06
- g. Otro 07
(ESPECIFIQUE) _____

D. INICIATIVAS DE EDUCACIÓN DEL MAESTRO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

**La persona principal para responder la Sección D es el Director del Centro, aunque las preguntas D1, D6, D10, y D11 se le deben hacer al Coordinador de Educación (“EC”).
Si no hay “EC”, el recurso debería ser el Director del Centro.**

D1. ¿Cuál de las siguientes funciones realiza usted para este programa Head Start? ¿Cuáles de estas son sus tres responsabilidades principales?

[LEA LA LISTA Y MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA, Y DESPUÉS LEA LAS OPCIONES ANOTADAS PARA LAS PRINCIPALES RESPONSABILIDADES, Y CIRCULE LAS MARCAS]

- a. Desarrolla el currículo, horarios, y planes del salón de clases 01
- b. Ayuda al director en actividades de administración del programa 02
- c. Provee o coordina educación/capacitación del personal..... 03
- d. Coordina los “IEP” [planes de educación individual] y los servicios especiales para niños con discapacidades..... 04
- e. Hace evaluaciones a los niños..... 05
- f. Administra las actividades de transición a la escuela 06
- g. Provee educación a los padres..... 07
- h. Provee servicios de información a la comunidad, y matrícula..... 08
- i. Supervisa a los visitantes a los hogares..... 09
- j. Coordina los servicios para los niños con otros servicios de la comunidad..... 10
- k. Coordina actividades en las que participan los padres..... 11
- l. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 12
- m. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 13

D2. ¿Hay nuevos maestros y ayudantes de maestros contratados en este centro que puedan empezar a trabajar sin capacitación adicional?

- SÍ..... 1 (D3)
- NO..... 2 (D2a)

D2a. [SI “NO”] ¿Cuáles son las áreas en que ellos necesitan más capacitación?

D3. ¿Qué ha tratado de hacer para ayudar a los maestros y ayudantes de maestros a obtener sus títulos universitarios, "CDA", u otra certificación en educación de la niñez temprana? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA, USE LA LISTA COMO INDAGACIÓN]

- a. ¿Proveer ayuda para la matrícula? 01
- b. ¿Dar tiempo libre a los maestros? 02
- c. ¿Capacitación en el trabajo para "CDA"? 03
- d. ¿Asignar un mentor al maestro? 04
- e. ¿Alguna otra cosa 1? (ESPECIFIQUE) _____ 05
- f. ¿Alguna otra cosa 2? (ESPECIFIQUE) _____ 06
- g. No ha tratado de hacer nada 07
- h. No sabe 08

D4. ¿Con qué frecuencia este centro provee capacitación a su [LEA TIPO DE PERSONAL]? ¿Diría usted que una vez cada algunos años, anualmente, cada algunos meses, mensualmente, o semanalmente, o nunca? ¿Con qué frecuencia provee capacitación para: [SIGUIENTE TIPO DE PERSONAL]?

| | Una vez cada algunos años | Annual- mente | Cada algunos meses | Mensual- mente | Sema- nalmente | Nunca |
|--|------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| a. Los maestros y maestros asistentes, | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Los trabajadores de servicios a la familia, y | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. El personal de salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

D5. ¿Quién hace las capacitaciones para el personal para este centro? [CIRCULE TODO LO MENCIONADO]

- a. Personal del centro o del concesionario 01
- b. Otro recurso de la comunidad 02
- c. Consultores locales 03
- d. Centro de Mejoramiento de Calidad del Programa
Centro de Mejoramiento de Calidad Migrante y de
Temporada de Head Start ("HSQIC") 04
- e. Centro de Mejoramiento de Calidad de los Servicios
de Discapacidad ("DSQIC") 05
- f. Asociación Nacional Migrante y de Temporada
de Head Start (Capacitación satélite "Heads Up") 06
- g. Conferencias estatales o nacionales (NAEYC o NHSA) ... 07
- h. Compañía o asociaciones privadas
(Ej.: "High Scope", "Teaching Strategies") 08
- i. Otro (ESPECIFIQUE) _____ 09

D6. En general, ¿qué tan útil es la capacitación que recibe su personal? ¿Diría que...

- Muy útil, 1
- Medianamente útil, 2
- Podría ser más útil, o 3
- Podría ser mucho más útil? 4

D7. ¿Le gustaría ofrecer más capacitación?

- SÍ 1 (D7a)
- NO 2 (D8)

D7a. [Si "SÍ"] ¿Qué tipo de capacitación le gustaría ofrecer?

D8. ¿Tiene maestros mentores para que trabajen con los maestros en los salones de clases?

- SÍ 1 (D8a)
- NO 2 (SECCIÓN E)

D8a. [Si "SÍ"] ¿Con qué frecuencia vienen ellos al salón de clases? ¿Diría...

- Una vez a la semana, 1
- Una vez cada dos semanas, 2
- Una vez al mes, o 3
- Menos de una vez al mes? 4

D8b. ¿Cómo selecciona a los maestros mentores?

E. CAPACITACIÓN EN EL TRABAJO RECIBIDO POR EL ENTREVISTADO

La persona principal para responder es el Director del Centro

E1. El año pasado, ¿en qué áreas han sido proporcionadas las capacitaciones, o Head Start las ha puesto a disposición de su personal? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA CON UNA MARCA – DESPUÉS USE LA LISTA PARA INDAGAR Y CIRCULE LAS MARCAS]

- a. Educación para fortalecer las habilidades como padres01
- b. Temas de salud mental.....02
- c. Violencia doméstica/familiar.....03
- d. Maltrato y abandono infantil04
- e. Abuso de sustancias controladas05
- f. Evaluación de las necesidades de la familia06
- g. Proveer servicios de administración de caso a las familias.....07
- h. Enlace de las familias a los servicios de la comunidad08
- i. Ayudar a las familias a ponerse metas y programar el logro de las metas09
- j. Ayudar a las familias con temas del INS10
- k. Otro 1? (ESPECIFIQUE) _____11
- l. Otro 2? (ESPECIFIQUE) _____12
- m. No hubo capacitación.....13
- n. No sabe98

E2. En general, ¿qué tan útil fue la capacitación provista, o que Head Start puso a disposición su personal? ¿Diría que...

- Muy útil, 1
- Medianamente útil,..... 2
- Podría ser más útil, o 3
- Podría ser mucho más útil? 4

F. PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

La persona principal para responder la Sección F es el Director del Centro, aunque las preguntas F2, F6, y F7 se le deben hacer al Trabajador de Servicio a la Familia (FSW). Si no hay “FSW”, el recurso sería el Director del Centro.

F1. De esta lista, indique las **tres** metas más importantes en su trabajo con los padres en su centro, en orden de importancia, empezando con 1 como la más importante.

MUESTRE
 TARJETA
 A

INDIQUE
1, 2, Y 3

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Enseñarle a los padres acerca de desarrollo del niño y educación para fortalecer sus habilidades como padres b. Informar a los padres del desarrollo de sus propios niños ... c. Estimular a los padres a leer más y a hacer más actividades educativas con sus niños..... d. Enseñarle a los padres acerca de salud y nutrición e. Informar a los padres acerca de los servicios de ayuda en su comunidad y ayudarlos a que los usen..... f. Ayudar a los padres a desarrollar una red de ayuda social con otros padres y familias del programa y de la comunidad..... g. Hacer que los padres participen en las normas y decisiones del programa h. Ayudar a los padres a que sean económicamente autosuficientes (Ej.: recibir más educación y empleo) i. Ayudar a los padres a mejorar sus conocimientos de alfabetismo..... j. Ayudar a los padres a identificar sus metas personales y maneras para que las logren | <ul style="list-style-type: none"> _____ |
|--|---|

F2. ¿Se ofrecen como voluntarios los padres en su centro y comúnmente sirven en alguna de las siguiente capacidades:

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Ayudan en el salón de clases? | 1 | 2 |
| b. ¿Sirven como consultores o líderes de talleres? | 1 | 2 |
| c. ¿Proveen guía sobre costumbres étnicas, tradiciones y valores? | 1 | 2 |
| d. ¿Visitan los hogares? | 1 | 2 |
| e. ¿Hacen de intérpretes para familias que no hablan inglés o que hablan poco inglés? | 1 | 2 |
| f. ¿Hacen de encargados o chóferes de bus? | 1 | 2 |

¿Tiene padres voluntarios que ayuden en el centro con...

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| g. Las mediciones de estatura y peso? | 1 | 2 |
| h. Exámenes de la vista? | 1 | 2 |
| i. Limpieza del salón de clases? | 1 | 2 |
| j. Prevención/cuidado dental? | 1 | 2 |
| k. Labores de mantenimiento? | 1 | 2 |
| l. Planificación del currículo? | 1 | 2 |

¿Tiene padres voluntarios en su centro:

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| m. Que ayuden a otras familias con la compra de alimentos o actividades de administración del hogar? | 1 | 2 |
| n. Que ayuden al personal del salón en las horas de comida (Ej.: servir, comer con los niños)? | 1 | 2 |
| o. Que ayuden a inscribir familias en el centro? | 1 | 2 |
| p. Que se comuniquen con los padres para notificarlos de las reuniones y otras actividades del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas ? | 1 | 2 |
| q. Que actúen como mentores y motiven a otras familias para que participen? | 1 | 2 |

F3. ¿Hace su centro alguna de las siguientes cosas para motivar a los padres a participar en las actividades de clases del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas? ¿Qué tal...

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Ofrecer incentivos tales como premios al llegar o muestras gratis de productos,..... | 1 | 2 |
| b. Proveer transporte,..... | 1 | 2 |
| c. Proveer cuidado infantil,..... | 1 | 2 |
| d. Proveer intérpretes,..... | 1 | 2 |
| e. Servir alimentos tales como meriendas o cena, o | 1 | 2 |
| f. Alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE)_____ | 1 | 2 |

F4. ¿Qué formas de comunicación se usan para informar a los padres acerca de las oportunidades de participación? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. ¿Boletines frecuentes (Ej. Semanales, mensuales)? 01
- b. ¿Reuniones de padres y maestros? (¿cuántas? _____)..... 02
- c. ¿Reuniones de grupo frecuentes (Ej. Semanales, mensuales)? (¿cuántas? _____) 03
- d. ¿Llamadas telefónicas? 04
- e. ¿Visitas al hogar? (cantidad de visitas: _____) 05
- f. ¿Letreros/Publicación de avisos? 06
- g. ¿Anuncios por radio/televisión? 07
- h. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 08
- i. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 09
- j. No sabe 98

F5. ¿Por qué cree usted que no participan todos los padres? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDE]

- a. Llegan muy cansados del trabajo 01
- b. No tienen a nadie que cuide a los niños 02
- c. No están en el área hace mucho tiempo 03
- d. No quieren participar 04
- e. No están disponibles cuando el centro está abierto 05
- f. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 06
- g. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 07
- h. No sabe 98

F6. ¿Cómo determina usted las necesidades de educación de los padres? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. Evaluación formal de las necesidades de la familia (CONSIGA COPIA, SI ESTÁ DISPONIBLE) 01
- b. Le pregunta a los padres durante el proceso de ingreso/matriculación qué necesidades o intereses tienen ellos 02
- c. Habla con otros proveedores de servicios sociales 03
- d. Basado en la matrícula de los cursos de años anteriores 04
- e. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 05
- f. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 06
- g. No sabe 08

F7. ¿Qué hace su centro para que los demás miembros de la familia participen, especialmente los abuelos y los niños en edad escolar?

F8. ¿Con qué frecuencia los maestros programan reuniones con los padres de cada niño para hablar del cuidado y actividades de sus niños?

- a. Diariamente, 01
- b. Dos o tres veces a la semana, 02
- c. Semanalmente, 03
- d. Dos o tres veces al mes, 04
- e. Mensualmente, 05
- f. Menos que mensualmente, o 06
- g. Nunca? 07
- h. No sabe 98

F9. ¿Qué tan exitoso diría que ha sido su centro en lograr que los padres participen en Head Start?

- a. Muy exitoso 1
- b. Algo exitoso 2
- c. Mayormente no ha tenido éxito 3
- d. No ha tenido ningún éxito 4

F11. ¿Cómo se seleccionan los miembros del Comité de Normas/Consejo de su **programa**?

F12. ¿Tiene algún padre actual o anterior del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas trabajando en su centro?

- SÍ 1
- NO 2 (SECCIÓN G)

F13. ¿Cuántos padres actuales o anteriores del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas están trabajando en su centro como un(a)...

CANTIDAD DE EMPLEADOS

- a. Maestro líder, _____
- b. Maestro asistente, _____
- c. Ayudante de Maestro, _____
- d. Trabajador de Servicios a la Familia, _____
- e. Visitador al hogar, _____
- f. Cocinero, _____
- g. Ayudante en la preparación de alimentos, _____
- h. Chofer del bus del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas _____
- i. Persona de mantenimiento, o _____
- j. Administrador (Ej.: Director del Centro, Componente de Coordinador)? _____
- k. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____
- l. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____

G. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA, PLANES DE SERVICIOS, Y ADMINISTRACIÓN DE CASOS

La persona principal para responder la Sección G es el trabajador de Servicios a la Familia (o equivalente), sin embargo las preguntas G6, G13, G14, y G15 se le deben hacer al Director del Centro.

- G1. ¿Completó usted una Evaluación de las Necesidades de la Familia o Acuerdo de Asociación de la Familia para todas, la mayoría, algunas, o ninguna de las familias que le asignaron a usted?
- a. ¿Todas? 1
 - b. ¿La mayoría? 2
 - c. ¿Algunas? 3
 - d. ¿Ninguna? 4 (G3)
- G2. Cuando usted desarrolla una Evaluación de las Necesidades de la Familia o un Acuerdo de Asociación de la Familia, ¿usted...[ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]
- a. Habla de los objetivos y metas con las familias,..... 1
 - b. Prepara un plan escrito con las familias, 2
 - c. Le pide a la familia que firme una copia del plan, 3
 - d. Le da a la familia una copia del plan, o..... 4
 - e. Otro? (ESPECIFIQUE) _____ 5
 - f. No sabe 8
- G3. ¿Cómo determina usted la educación o capacitación que necesita la familia? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]
- a. Evaluación formal de las necesidades de la familia (CONSIGA COPIA, SI ESTÁ DISPONIBLE) 1
 - b. Evaluación de las necesidades de la comunidad (CONSIGA COPIA, SI ESTÁ DISPONIBLE) 2
 - c. Le pregunta a los padres durante el proceso de ingreso/ matrícula qué necesidades o intereses tienen ellos 3
 - d. Habla con otros proveedores de servicios sociales..... 4
 - e. Basado en la matrícula de los cursos de años anteriores 5
 - f. Otro 1 (ESPECIFIQUE) 6
 - g. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 7
 - h. No sabe 8

G4. ¿Cuál de estas tres (3) cosas son las necesidades más comunes de educación o capacitación de los padres?

- a. Conocimientos del idioma inglés..... 1
- b. Educación general 2
- c. Alfabetismo..... 3
- d. Desarrollo del niño 4
- e. Educación para fortalecer las habilidades como padres 5
- f. Temas de salud y nutrición 6
- g. Capacitación de trabajo 7
- h. Otro 1 (ESPECIFIQUE) 8
- i. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 9
- j. No sabe 98

G5. Más o menos, ¿qué porcentaje de su tiempo calcularía usted que pasa...

- a. Proporcionando servicios directamente a las familias Head Start,..... %
- b. Comunicándose y trabajando con agencias de la comunidad, o %
- c. Tareas administrativas? %

[INDAGUE SI ESTO DIFIERE MARCADAMENTE DE LA SUMA DE 100%.]

G6. ¿Qué determina cómo se asignan las familias a los administradores de servicios a las familias específicos? ¿Esto es... [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. De acuerdo al salón de clases del niño, 1
- b. De acuerdo al centro, 2
- c. Localización geográfica de la familia, 3
- d. Tamaño de la carga de casos, 4
- e. Experiencia anterior con familias específicas, 5
- f. Igualdad entre raza, idioma, etnicidad, y/o características culturales de las familias y el personal, o 6
- g. Alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ 7

[SI MÁS DE UNA, PREGUNTE: "¿Cuál de estos criterios es el que se usa más frecuentemente?" ANOTE ABAJO]

G6a. _____

G7. En general, ¿cuándo se comunica por primera vez con una familia?

G8. Si a una familia le surgiera una nueva necesidad de servicios durante la sesión de Head Start, ¿cómo es lo más probable que usted sepa acerca de esto?

G9. ¿De qué manera trabaja usted con algunas de las familias durante las horas en que el centro está abierto?

G10. ¿Va usted donde las familias que atiende este centro o usted va de centro en centro para seguir el horario de los diferentes centros cuando están abiertos?

G11. El mes pasado, ¿qué tipo de comunicación tuvo con las familias de Head Start con que usted trabaja? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. Reuniones individuales en el centro Head Start 01
- b. Visitas al hogar de las familias 02
- c. Reuniones de grupo en el centro Head Start 03
- d. Llamadas telefónicas 04
- e. Notas, tarjetas 05
- f. Otro 1 (ESPECIFIQUE) _____ 06
- g. Otro 2 (ESPECIFIQUE) _____ 07
- h. No corresponde – no se ha comunicado recientemente 08
- i. No sabe 98

G12a. Desde el inicio de esta sesión, ¿cuántas de las familias con las que usted ha trabajado han sido remitidas a una agencia por...

Maltrato de menores? _____
Abandono de menores? _____
Otra violencia doméstica? _____

G12b. ¿Son estas cantidades típicas de lo que usted ha visto en sesiones anteriores?

SÍ 1
NO 2

VISITAS AL HOGAR

G13. ¿Son las visitas a las familias de los niños en el centro un requisito para el personal de su centro?

SÍ 1
NO 2 (SECCIÓN H)

G14. ¿Cuál es la cantidad mínima de visitas a la familia de cada niño del centro durante la sesión del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas que hace(n):

a. Maestros o asistentes de maestro? _____
b. Asistente de Servicios a la Familia o Trabajadores de Apoyo a la Familia _____

G15. ¿Más o menos cuántas veces es visitada cada familias por...

a. Maestros o asistentes de maestro? _____
b. Asistente de Servicios a la Familia o Trabajadores de Apoyo a la Familia _____

G16. Durante las visitas del personal a los hogares, ¿cuál de estas actividades son las tres de más alta prioridad para los maestros o maestro asistentes? ¿Para los trabajadores de familias?



| | <u>Maestros o Maestro Asistentes</u> | <u>FSWs FSAs o FAs</u> |
|---|--|--------------------------------|
| a. Proporcionar experiencias educacionales al niño del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas | 1 | 2 |
| b. Proporcionar experiencias educacionales/ayuda a otros niños del hogar..... | 1 | 2 |
| c. Enseñar a los padres habilidades para criar a los niños/educación/temas del desarrollo del niño incluyendo actividades para que hagan con ellos | 1 | 2 |
| d. Tratar temas de salud y nutrición de la familia | 1 | 2 |
| e. Proporcionar consejería informal o tratar temas personales (Ej.: tensión marital, relaciones de familia) | 1 | 2 |
| f. Proporcionar información de educación/referir a los proveedores de cuidado | 1 | 2 |
| g. Proporcionar ayuda para las necesidades básicas (Ej.: alimentos/vivienda/vestimentas/servicios médicos) | 1 | 2 |
| h. Informar a los padres acerca del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas y de los servicios que este ofrece | 1 | 2 |
| i. Informar a los padres acerca del progreso de su niño..... | 1 | 2 |
| j. Obtener información de los padres acerca de sus experiencias con el Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas incluyendo sugerencias para mejorar el programa | 1 | 2 |
| k. Otro (ESPECIFIQUE)_____ | 1 | 2 |

H. CURRÍCULO, ACTIVIDADES DEL SALÓN DE CLASES Y EVALUACIÓN

La persona principal para responder la Sección H es el Coordinador de Educación

Las siguientes preguntas deben ser dirigidas a AMBOS; el Coordinador de Educación y el Director del Centro: H6, H11, H12

H1. ¿Hay un currículo o combinación de currículos que se use para los niños en edad preescolar y/o para bebés y niños pequeños en su centro?

- a) Preescolar SI NO
- b) Bebés y niños pequeños SI NO

Si "SI" a H1a (Preescolar), pregunte H2a.
Si "SI" a H1b (Bebés y niños pequeños), pregunte H2b.
SI "NO" a ambos H1a y H1b, pase a H6

H2. Si su principal currículo para los niños preescolares y/o bebés y niños pequeños tiene un nombre, ¿cuál es ese nombre?

| | | H2a Preescolar | | H2b Bebés y niños Pequeños | |
|-------|---|-------------------|----|----------------------------------|----|
| | | SI | NO | SI | NO |
| i. | "High Reach" | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ii. | "High/Scope" | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iii. | Montessori | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iv. | "Bank Street" | 1 | 2 | 1 | 2 |
| v. | Currículo Creativo | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vi. | "Creating Child Centered Classrooms – Step by Step" | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vii. | "Curiosity Corner" – Johns Hopkins | 1 | 2 | 1 | 2 |
| viii. | Currículo Escolástico | 1 | 2 | 1 | 2 |

Cnotinuación de H2...

| | | H2a Preescolar | | H2b Bebés y niños Pequeños | |
|-----|--|-------------------|---------|----------------------------------|---------|
| | | SI 1 | NO 2 | SI 1 | NO 2 |
| ix. | (Para Preescolares) Currículo desarrollado por el estado: (¿Cuál estado?) _____ | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | (Para bebés y niños pequeños) Currículo desarrollado por el estado: (¿Cuál estado?) _____ | | | | |
| x. | (Para Preescolares) Otro (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | (Para bebés y niños pequeños) Otro (ESPECIFIQUE) _____ | | | | |

H3. Si sus currículos adicionales para niños preescolares y/o bebés y niños pequeños tienen nombres, ¿cuáles son? (CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA)

| | | H3a Preescolar | | H3b Bebés y niños Pequeños | |
|-------|--|-------------------|----|----------------------------------|----|
| | | SI | NO | SI | NO |
| i. | “High Reach” | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ii. | “High/Scope” | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iii. | Montessori | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iv. | “Bank Street” | 1 | 2 | 1 | 2 |
| v. | Currículo Creativo | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vi. | “Creating Child Centered Classrooms – Step by Step” | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vii. | “Curiosity Corner” – Johns Hopkins | 1 | 2 | 1 | 2 |
| viii. | Currículo Escolástico | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ix. | (Para Preescolares) Currículo desarrollado por el estado: (¿Cuál estado?) <hr/> (Para bebés y niños pequeños) Currículo desarrollado por el estado: (¿Cuál estado?) <hr/> | 1 | 2 | 1 | 2 |
| x. | (Para Preescolares) Otro (ESPECIFIQUE) <hr/> (Para bebés y niños pequeños) Otro (ESPECIFIQUE) <hr/> | 1 | 2 | 1 | 2 |

H4. Sin importar quién lo desarrolló, ¿especifica lo siguiente el currículo que usa su programa para niños preescolares y/o bebés y niños pequeños? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

| | | H4a Preescolar | | H4b Bebés y Niños Pequeños | |
|------|---|-------------------|----|-------------------------------|----|
| | | SI | NO | SI | NO |
| i. | Metas para el aprendizaje y desarrollo de los niños | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ii. | Actividades específicas para los niños | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iii. | Sugerencias de estrategias de enseñanza | 1 | 2 | 1 | 2 |
| iv. | Sugerencias de materiales de enseñanza | 1 | 2 | 1 | 2 |
| v. | Maneras de hacer participar a los padres en las actividades de aprendizaje de sus niños | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vi. | Desarrollo de idioma bilingüe | 1 | 2 | 1 | 2 |
| vii. | Transición a español o inglés | 1 | 2 | 1 | 2 |

La siguiente pregunta (H6) debe ser dirigida al Coordinador de Educación

H6. ¿Quién hace la mayoría de las decisiones acerca de los planes día a día de los niños preescolares, tal como la selección de temas y actividades? ¿Son los...

| | Preescolar | Bebés y Niños Pequeños |
|---|------------|------------------------|
| Administradores de programa, | 01 | 01 |
| Directores y personal de los centros individuales,..... | 02 | 02 |
| Maestros individuales, o..... | 03 | 03 |
| Alguna otra persona? (ESPECIFIQUE) | 04 | 04 |

H13. ¿Hay un horario escrito de actividades puesto dentro o fuera el salón de clases?

| | |
|---------|---|
| SÍ..... | 1 |
| NO..... | 2 |

H14. En un día bonito, ¿cuántos minutos más o menos pasan típicamente los niños pequeños jugando afuera?

CANTIDAD DE MINUTOS

H15. En un día bonito, ¿cuántos minutos más o menos pasan típicamente los niños preescolares jugando afuera?

CANTIDAD DE MINUTOS

H16. ¿Qué idiomas se usan típicamente para instrucción en este centro? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

| | | |
|----|---|----|
| a. | INGLÉS | 01 |
| b. | ESPAÑOL | 02 |
| c. | KANJOBAL..... | 03 |
| d. | MIXTECO ALTO o BAJO | 04 |
| e. | CHINO..... | 05 |
| f. | JAPONÉS..... | 06 |
| g. | COREANO | 07 |
| h. | VIETNAMÉS..... | 08 |
| i. | UN IDIOMA FILIPINO | 09 |
| j. | IDIOMA INDÍGENA MEXICANO: ZAPOTECO, TARASCO, TRIQUI, CHU, (ESPECIFIQUE) _____ | 10 |
| k. | IDIOMA INDOAMERICANO, EJ.: KICKAPOO (ESPECIFIQUE) _____ | 11 |
| l. | OTRO IDIOMA 1 (ESPECIFIQUE) _____ | 12 |
| m. | OTRO IDIOMA 2 (ESPECIFIQUE) _____ | 13 |

H17. ¿En qué idiomas hay material impreso disponible? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

| | | |
|----|---|----|
| a. | INGLÉS | 01 |
| b. | ESPAÑOL | 02 |
| c. | KANJOBAL..... | 03 |
| d. | MIXTECO ALTO o BAJO | 04 |
| e. | CHINO..... | 05 |
| f. | JAPONÉS..... | 06 |
| g. | COREANO | 07 |
| h. | VIETNAMÉS..... | 08 |
| i. | UN IDIOMA FILIPINO | 09 |
| j. | IDIOMA INDÍGENA MEXICANO: ZAPOTECO, TARASCO, TRIQUI, CHU, (ESPECIFIQUE) _____ | 10 |
| k. | IDIOMA INDOAMERICANO, EJ.: KICKAPOO (ESPECIFIQUE) _____ | 11 |
| l. | OTRO IDIOMA 1 (ESPECIFIQUE) _____ | 12 |
| m. | OTRO IDIOMA 2 (ESPECIFIQUE) _____ | 13 |

H18. ¿Ha empezado anteriormente o recientemente a hacer algo para mejorar los primeros conocimientos de lectura de los niños, es decir a enseñarles más acerca de las letras, sonido de las palabras, palabras, escritura, comprensión y apreciación de libros y lecturas?

| | |
|---------|---------|
| SÍ..... | 1 |
| NO..... | 2 (H20) |

H19. Como parte de este intento para mejorar los primeros conocimientos de lectura de los niños, ¿motiva usted a los maestros de su centro para que hagan más de los siguientes tipos de

actividades? ¿Qué tal ...? ¿Diría usted que los maestros están muy motivados, algo motivados, no muy motivados, o nada motivados a hacer esto?

| | <u>Muy motivados</u> | <u>Algo motivados</u> | <u>No muy motivados</u> | <u>Nada motivados</u> |
|--|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| a. ¿Leyéndole cuentos a los niños? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. ¿Contándole cuentos a los niños?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. ¿Hablando de nuevas palabras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. ¿Aprendiendo a rimar palabras y acerca de familias de palabras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. ¿Aprendiendo acerca de preposiciones comunes, tales como "encima" y "debajo", "arriba", y "abajo", | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. ¿Aprendiendo acerca de las convenciones de la escritura (de izquierda a derecha, como tomar un libro)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. ¿Aprendiendo el nombre de las letras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. ¿Escribir las letras del alfabeto? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. ¿Escribir su propio nombre? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. ¿Trabajar con fonemas? | 1 | 2 | 3 | 4 |

H20. Voy a leer unas declaraciones que algunos maestros han hecho acerca de cómo se debería enseñar y tratar a los niños de Head Start. Por favor dígame si cada una de las siguientes declaraciones está de acuerdo o en desacuerdo con sus creencias personales acerca de las prácticas de enseñanza en Head Start.

| Declaraciones acerca de cómo enseñar a los niños de Head Start | De acuerdo | En des acuerdo | No Opina/ No sabe |
|--|-------------------|-----------------------|------------------------------|
| a. Las actividades de los salones de clases de Head Start deberían ser sensitivos a las diferencias individuales en el desarrollo | 1 | 2 | 8 |
| b. Cada área en el currículo debería ser enseñada como una materia separada en momentos separados.... | 1 | 2 | 8 |
| c. A los niños se les debería permitir que seleccionaran muchas de sus propias actividades de una variedad de áreas de aprendizaje preparadas por el maestro (centro de escritura, ciencia, etc.)..... | 1 | 2 | 8 |
| d. A los niños se les debería permitir que cortaran sus propias formas, realizar sus propias etapas en un experimento, y planificar sus propias actividades de drama creativo, arte, y escritura..... | 1 | 2 | 8 |
| e. Los estudiantes deberían trabajar silenciosamente y solos en su asiento..... | 1 | 2 | 8 |
| f. Los niños en los salones de clases de Head Start deberían aprender a través de exploración activa | 1 | 2 | 8 |
| g. Los maestros en Head Start deberían dar premios, “stickers,” o estrellas para motivar los comportamientos apropiados | 1 | 2 | 8 |
| h. Los maestros de Head Start deberían usar los castigos y las reprimendas para motivar el comportamiento adecuado..... | 1 | 2 | 8 |
| i. Los niños deberían participar en establecer las reglas para el salón de clases..... | 1 | 2 | 8 |
| j. A los niños se les debe instruir para que reconozcan las letras del alfabetos solas, aisladas de las palabras..... | 1 | 2 | 8 |
| k. Los niños deben aprender a colorear dentro de líneas predefinidas..... | 1 | 2 | 8 |
| l. Los niños en los salones de clases de Head Start deberían aprender a formar las letras correctamente de una página con líneas | 1 | 2 | 8 |
| m. Los niños deben dictar cuentos a los maestros..... | 1 | 2 | 8 |
| n. Los niños deben aprender los sonidos de las letras antes que empiecen a leer. | 1 | 2 | 8 |
| o. Los niños deben formar las letras correctamente antes que se les permita crear una historia. | 1 | 2 | 8 |

I. EVALUACIÓN

La persona principal para responder la Sección I es el Coordinador de Educación, sin embargo, la pregunta I7 debe ser hecha al Director del Centro

11. Actualmente, ¿evalúa usted el progreso del desarrollo de los niños **Preescolares** durante el curso de su matrícula?

SÍ 1
NO 2 (I4)

12. ¿Qué métodos usa para evaluar a los niños **Preescolares**?

Los evalúa de acuerdo a observación y a muestras de trabajo..... 1
Los evalúa con pruebas estandarizadas o evaluaciones, o
instrumentos de evaluación (ESPECIFIQUE) _____ 2
Los dos; los evalúa basado en observación y evaluación directa, o 3
Alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ 4

13. Durante el curso de la sesión del programa en este centro, ¿con qué frecuencia se evalúa el progreso de cada niño **Preescolar**?

Semanalmente 1
Dos o tres veces al mes 2
Mensualmente 3
Al principio y al final de la matrícula 4
Otro (ESPECIFIQUE) _____ 5

**SI NO SE INFORMA QUE HAY BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS
EN EL CENTRO, VAYA A I7.**

14. Actualmente, ¿evalúa usted el progreso del desarrollo de los **Bebés y Niños Pequeños** durante el curso de su matrícula en las operaciones del Centro?

SÍ 1
NO 2 (I7)

15. ¿Qué métodos usa para evaluar a los **Bebés y Niños Pequeños**?

Los evalúa de acuerdo a observación y a muestras de trabajo..... 1
Los evalúa con pruebas estandarizadas o evaluaciones, o
instrumentos de evaluación (ESPECIFIQUE) _____ 2
Los dos; los evalúa basado en observación y evaluación directa, o 3
Alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ 4

16. ¿Con qué frecuencia evalúa el progreso de cada **Bebé y Niño Pequeño**?

- Semanalmente 1
- Dos o tres veces al mes 2
- Mensualmente 3
- Al principio y al final de la matrícula 4
- Otro (ESPECIFIQUE) _____ 5

17. ¿Cómo está planificando implementar la nueva evaluación y análisis requeridos. ¿Tiene planes de usar...

- Evaluaciones de acuerdo a observación y a muestras de trabajo..... 1
- Evaluaciones con pruebas estandarizadas o evaluaciones, o instrumentos de evaluación (ESPECIFIQUE) _____ 2
- Los dos; evaluaciones basado en observación y evaluación directa, o 3
- Alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ 4

18. ¿Qué hace cuando sospecha que algún niño pueda tener necesidades especiales?

19. Cuando un especialista de educación especial ve a un niño, ¿qué tipo de información le proporciona después a usted?

J. TRANSICIÓN A KINDERGARTEN

La persona principal para responder la Sección J es el Director del Centro.

J1. ¿Hace su centro alguna de las siguientes cosas en relación a la transición a kindergarten?

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Manda cartas al hogar con los niños o cartas por correo a los padres dándoles información de la transición? | 1 | 2 |
| b. ¿Invita a los padres a reuniones informales o conversaciones con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas o el personal de la escuela para hablar acerca de la transición a kindergarten? | 1 | 2 |
| c. ¿Proporciona a los padres información acerca de la escuela a la que ellos van a asistir | 1 | 2 |
| d. ¿Programa visitas de los padres y/o niños a la escuela que asistirán los niños | 1 | 2 |
| e. ¿Acompaña a los padres y/o niños a visitar la escuela | 1 | 2 |
| f. ¿Le enseña a los padres técnicas para ayudar efectivamente a la escuela de sus niños en edad escolar. | 1 | 2 |
| g. ¿Hace alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

J2. ¿Trabaja su Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas de alguna de las siguientes maneras con las escuelas a las que asistirán sus estudiantes?

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Realiza capacitaciones en conjunto del personal del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas el personal de y la escuela? | 1 | 2 |
| b. Comparten información acerca del currículo..... | 1 | 2 |
| c. Comparten información acerca de las reglas y normas del programa? | 1 | 2 |
| d. Comparten información acerca de las expectativas de los estudiantes y familias? | 1 | 2 |
| e. Le proporciona los archivos de los niños del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas a la escuela? | 1 | 2 |
| f. Se reúne con los maestros de kindergarten en las escuelas a las que asistirán los niños del programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas ?..... | 1 | 2 |
| g. ¿Hace alguna otra cosa? (ESPECIFIQUE) _____ | 1 | 2 |

K. EMPLEO Y ANTECEDENTES DE EDUCACIÓN

COMPLETE EL CONJUNTO APROPIADO DE PREGUNTAS PARA CADA PERSONA ENTREVISTADA.

DIRECTOR DEL CENTRO

K1. ¿Cuántos años ha estado empleado(a) en este programa?

CANTIDAD DE AÑOS

K2. En total, ¿cuántos años ha estado trabajando con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

CANTIDAD DE AÑOS

K3. ¿Qué otras posiciones ha tenido usted en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDE]

- a. Maestro 01
- b. Instructor 02
- c. Coordinador del componente 03
- d. Personal que proporciona información a la comunidad/inscribe nuevas familias 04
- e. Consejero 05
- f. Director del Centro 06
- g. Otro (ESPECIFIQUE) _____ 07
- h. Ninguna – no ha tenido ninguna posición antes 08

K4. ¿Cuántas horas a la semana le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas ?

HORAS A LA SEMANA

K6. ¿Cuántos meses al año le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

MESES AL AÑO

K7. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste actualmente al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

- SÍ 1
- NO 2

K9. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste a un programa regular de Head Start o “Early Head Start” (pero no al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas) ahora o que asistió en el pasado?

- SÍ 1
- NO 2

K10. ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que usted completó?

- HASTA 8 GRADO 01
 - 9 A 11 GRADO 02
 - 12 PERO NO RECIBIÓ DIPLOMA 03
 - DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA,
O EQUIVALENTE 04
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA PERO SIN
DIPLOMA 05
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA 06
 - ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO 07

 - GRADO ASOCIADO 08
 - GRADO DE BACHILLER/LICENCIADO
ESCUELA DE POSTGRADO O PROFESIONAL PERO
SIN GRADO 10
 - GRADO DE MAESTRÍA (MA, MS) 11
 - GRADO DE DOCTORADO (PhD, EdD) 12
 - GRADOS PROFESIONALES DESPUÉS DEL
BACHILLERATO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS;
DERECHO/JD/LLB; ETC.) 13
- (K14) }
 (K11) }

K11. ¿En qué campo obtuvo usted su grado más alto?

- DESARROLLO DEL NIÑO O PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO 1
- EDUCACIÓN DE LA NIÑEZ TEMPRANA..... 2
- EDUCACIÓN PRIMARIA..... 3
- OTRO CAMPO (ESPECIFIQUE) 4

K13. ¿Ha completado 6 o más cursos universitarios en educación de la niñez temprana o desarrollo del niño desde que terminó su grado?

- SÍ 1
- NO 2

K15. ¿Tiene un certificado o licencia de enseñanza?

- SÍ 1
- NO 2

K16. ¿Tiene una credencial de Asociado de Desarrollo (“CDA”) del Niño?

- SÍ 1
- NO 2

K17. ¿Es usted actualmente miembro de una asociación profesional para la educación temprana? (Ej.: NAEYC, NHSA, NEA)

- SÍ 1
- NO 2

K18. ¿Qué idiomas habla, lee, o escribe un poco o con fluidez (incluyendo su idioma materno)? (CIRCULE EL NIVEL DE FLUIDEZ PARA CADA IDIOMA QUE HABLA, LEE, O ESCRIBE, DONDE 1 = FLUIDO, 2 = ALGO, Y 3 = NADA.)

| IDIOMA | HABLA | LEE | ESCRIBE |
|--------|-------|-------|---------|
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |

VAYA A LA SECCIÓN L PARA DIRECTOR DE CENTRO.

COORDINADOR DE EDUCACIÓN

K19. ¿Cuántos años ha estado empleado(a) en este programa?

CANTIDAD DE AÑOS

K20. En total, ¿cuántos años ha estado trabajando con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

CANTIDAD DE AÑOS

K21. ¿Cuántos de estos años ha trabajado como coordinador de educación?

AÑOS

K22. ¿Cuántos de estos años ha estado enseñando en Head Start (ya sea como maestro líder o maestro asistente)?

AÑOS

K23. ¿Cuántos años de experiencia tenía usted con programas de este tipo antes de integrarse al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

K24. ¿Cuántas horas a la semana le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

HORAS A LA SEMANA

K26. ¿Cuántos meses al año le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

MESES AL AÑO

K27. ¿Qué otras posiciones ha tenido usted en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDE]

- a. Maestro 01
- b. Instructor 02
- c. Coordinador del componente 03
- d. Personal que proporciona información a la comunidad/inscribe nuevas familia..... 04
- e. Consejero..... 05
- f. Director del Centro..... 06
- g. Otro (ESPECIFIQUE) _____ 07

h. Ninguna – no ha tenido ninguna posición antes 08

K28. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste actualmente al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

SÍ 1
NO 2

K30. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste al programa regular de Head Start o “Early Head Start” (pero no al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas) ahora o que asistió en el pasado?

SÍ 1
NO 2

K31. ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que usted completó?

| | | | | | |
|---|----|---|-------|---|-------|
| HASTA 8 GRADO..... | 01 | } | (K36) | | |
| 9 A 11 GRADO | 02 | | | | |
| 12 PERO NO RECIBIÓ DIPLOMA..... | 03 | | | | |
| DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA, O EQUIVALENTE..... | 04 | | | | |
| PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA PERO SIN DIPLOMA..... | 05 | | | | |
| PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA..... | 06 | | | | |
| ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO | 07 | | | | |
| GRADO ASOCIADO | 08 | | | | |
| GRADO DE BALLICHER/LICENCIADO ESCUELA DE POSTGRADO O PROFESIONAL PERO SIN GRADO..... | 10 | | | } | (K32) |
| GRADO DE MAESTRÍA (MA, MS)..... | 11 | | | | |
| GRADO DE DOCTORADO (PhD, EdD) | 12 | | | | |
| GRADOS PROFESIONALES DESPUÉS DEL BACHILLERATO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.) | 13 | | | | |

K32. ¿En qué campo obtuvo usted su grado más alto?

| | |
|--|---|
| DESARROLLO DEL NIÑO O PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO | 1 |
| EDUCACIÓN DE LA NIÑEZ TEMPRANA..... | 2 |
| EDUCACIÓN PRIMARIA..... | 3 |
| OTRO CAMPO (ESPECIFIQUE) | 4 |

K33. ¿Incluye su campo 6 o más cursos universitarios en educación de la niñez temprana o desarrollo del niño?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

K34. ¿Ha completado 6 o más cursos universitarios en educación de la niñez temprana o desarrollo del niño desde que terminó su grado?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

K35. ¿Tiene un certificado o licencia de enseñanza?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

K36. ¿Tiene usted alguna otra licencia relacionada con trabajo?

SÍ 1
 NO 2

K37. ¿Tiene una credencial de Asociado de Desarrollo (“CDA”) del Niño?

SÍ 1
 NO 2

K38. ¿Tiene usted certificado o permiso (provisorio) de educación preescolar otorgado por el estado?

SÍ 1
 NO 2

K39. ¿Es usted actualmente miembro de una asociación profesional para la educación temprana? (Ej.: NAEYC, NHSA, NEA)

SÍ 1
 NO 2

K40. ¿Qué idiomas habla, lee, o escribe un poco o con fluidez (incluyendo su idioma materno)? (CIRCULE EL NIVEL DE FLUIDEZ PARA CADA IDIOMA QUE HABLA, LEE, O ESCRIBE, DONDE 1 = FLUIDO, 2 = ALGO, Y 3 = NADA.)

| IDIOMA | HABLA | LEE | ESCRIBE |
|--------|-------|-------|---------|
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |

VAYA A LA SECCIÓN L PARA EL COORDINADOR DE EDUCACIÓN

TRABAJADOR DE SERVICIOS A LA FAMILIA

K41. ¿Cuántos años ha estado empleado(a) en este programa?

CANTIDAD DE AÑOS

K42. En total, ¿cuántos años ha estado trabajando con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

K47. ¿Qué otras posiciones ha tenido usted en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDE]

- a. Maestro 01
- b. Instructor 02
- c. Coordinador del componente 03
- d. Personal que proporciona información a la comunidad/inscribe nuevas familias 04
- e. Consejero 05
- f. Director del Centro 06
- g. Otro (ESPECIFIQUE) _____ 07
- h. Ninguna – no ha tenido ninguna posición antes 08

K48. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste actualmente al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

- SÍ 1
- NO 2

K50. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste al programa regular de Head Start o “Early Head Start” (pero no al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas) ahora o que asistió en el pasado?

- SÍ 1
- NO 2

K51. ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que usted completó?

- HASTA 8 GRADO..... 01
 - 9 A 11 GRADO 02
 - 12 PERO NO RECIBIÓ DIPLOMA..... 03
 - DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA,
O EQUIVALENTE..... 04
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA PERO SIN
DIPLOMA..... 05
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA..... 06
 - ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO 07
 - GRADO ASOCIADO 08
 - GRADO DE BALLICHER 09
 - ESCUELA DE POSTGRADO O PROFESIONAL PERO
SIN GRADO..... 10
 - GRADO DE MAESTRÍA (MA, MS)..... 11
 - GRADO DE DOCTORADO (PhD, EdD) 12
 - GRADOS PROFESIONALES DESPUÉS DEL
BACHILLERATO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS;
DERECHO/JD/LLB; ETC.) 13
- (K56)
-
- (K52)

K52. ¿En qué campo obtuvo usted su grado más alto?

- DESARROLLO DEL NIÑO O PSICOLOGÍA DEL
DESARROLLO 1
- EDUCACIÓN DE LA NIÑEZ TEMPRANA..... 2
- EDUCACIÓN PRIMARIA..... 3
- OTRO CAMPO (ESPECIFIQUE) 4

K60. ¿Qué idiomas habla, lee, o escribe un poco o con fluidez (incluyendo su idioma materno)? (CIRCULE EL NIVEL DE FLUIDEZ PARA CADA IDIOMA QUE HABLA, LEE, O ESCRIBE, DONDE 1 = FLUIDO, 2 = ALGO, Y 3 = NADA.)

| IDIOMA | HABLA | LEE | ESCRIBE |
|--------|-------|-------|---------|
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |

PARA EL TRABAJADOR DE SERVICIOS A LA FAMILIA, VAYA A LA SECCIÓN L

COORDINADOR DE SALUD

K61. ¿Cuántos años ha estado empleado(a) en este programa?

CANTIDAD DE AÑOS

K62. En total, ¿cuántos años ha estado trabajando con el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

CANTIDAD DE AÑOS

K63. Antes que empezar a trabajar con Head Start, ¿tenía alguna **experiencia de trabajo o de voluntario** como trabajador(a) social o administrador de caso en un programa de ayuda a la familia?

SÍ 1
NO 2

K64. ¿Cuántas horas a la semana le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

HORAS A LA SEMANA

K66. ¿Cuántos meses al año le pagan por trabajar en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

MESES AL AÑO

K67. Qué otras posiciones ha tenido usted en el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDE]

a. Maestro 01
b. Instructor 02
c. Coordinador del componente 03
d. Personal que proporciona información a la
comunidad/inscribe nuevos familias 04
e. Consejero 05
f. Director del Centro 06
g. Otro (ESPECIFIQUE) _____ 07
h. Ninguna – no ha tenido ninguna posición antes 08

K68. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste actualmente al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

- SÍ 1
- NO 2

K70. ¿Es usted (el padre/la madre) de un niño que asiste al programa regular de Head Start o “Early Head Start” (pero no al programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas) ahora o que asistió en el pasado?

- SÍ 1
- NO 2

K72. ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que usted completó?

- HASTA 8 GRADO 01
 - 9 A 11 GRADO 02
 - 12 PERO NO RECIBIÓ DIPLOMA 03
 - DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA,
O EQUIVALENTE 04
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA PERO SIN
DIPLOMA 05
 - PROGRAMA VOC/TÉCNICO DESPUÉS DE LA
LA ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA 06
 - ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO 07

 - GRADO ASOCIADO 08
 - GRADO DE BALLICHER 09
 - ESCUELA DE POSTGRADO O PROFESIONAL PERO
SIN GRADO 10
 - GRADO DE MAESTRÍA (MA, MS) 11
 - GRADO DE DOCTORADO (PhD, EdD) 12
 - GRADOS PROFESIONALES DESPUÉS DEL
BACHILLERATO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS;
DERECHO/JD/LLB; ETC.) 13
- (K76) }
 (K72) }

K73. ¿En qué campo obtuvo usted su grado más alto?

- DESARROLLO DEL NIÑO O PSICOLOGÍA DEL
DESARROLLO 1
- EDUCACIÓN DE LA NIÑEZ TEMPRANA 2
- EDUCACIÓN PRIMARIA 3
- OTRO CAMPO (ESPECIFIQUE) 4

K77. ¿Tiene una credencial de Asociado de Desarrollo (“CDA”) del Niño?

- SÍ 1
- NO 2

K79. ¿Tiene usted alguna otra licencia relacionada con trabajo?

SÍ 1
 NO 2

K81. ¿Qué idiomas habla, lee, o escribe un poco o con fluidez (incluyendo su idioma materno)? (CIRCULE EL NIVEL DE FLUIDEZ PARA CADA IDIOMA QUE HABLA, LEE, O ESCRIBE, DONDE 1 = FLUIDO, 2 = ALGO, Y 3 = NADA.)

| IDIOMA | HABLA | LEE | ESCRIBE |
|--------|-------|-------|---------|
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |

L. INFORMACIÓN GENERAL DEL CENTRO

COMPLETE EL CONJUNTO APROPIADO DE PREGUNTAS PARA CADA PERSONA ENTREVISTADA

DIRECTOR DEL CENTRO

L1a. ¿Cuáles diría usted que son las metas principales del centro? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA]

- a. ¿Proveer un ambiente cálido y afectuoso para los niños? 01
- b. ¿Proporcionar cuidado a los niños para que los padres puedan trabajar? 02
- c. ¿Preparar a los niños para la escuela/kindergarten? 03
- d. ¿Ayudar a los niños a aprender a hablar y leer inglés? 04
- e. ¿Promover el desarrollo de los niños? 05
- f. ¿Enseñarle a los niños apreciación de su propia cultura? 06
- g. ¿Proveer instrucción religiosa?..... 07
- h. ¿Mantener a los niños seguros?..... 08
- i. ¿Enseñarle a los padres a hablar y leer, y escribir inglés? 09
- j. ¿Ayudar a los padres a mejorar su educación y/o conocimientos de trabajo ofreciendo, por ejemplo un programa GED o capacitación para trabajar? 10
- k. ¿Ayudar a los padres a desarrollar una relación cálida y afectuosa con sus niños? 11
- l. ¿Promover a los padres a que sean los educadores principales de sus niños? 12
- m. ¿Proveer talleres de educación para los padres, (Ej. Expectativas apropiadas al desarrollo del niño, disciplina positiva, Primeros Auxilios, "CPR", temas de salud/salud dental/temas de nutrición, etc.)?..... 13
- n. ¿Colaborar con los padres y compartir en el proceso de toma de decisiones? 14
- o. ¿Desarrollar líderes entre los padres?..... 15
- p. ¿Remitir a las familias a servicios de la comunidad gratis o de bajo costo, (Ej.: salud/salud dental/violencia doméstica, referencias para vivienda, alacena de alimentos, WIC, etc.)? 16
- q. ¿Obtener recursos para niños con discapacidades o discapacidades potenciales? 17
- r. ¿Promover oportunidades de alfabetización en el hogar (Ej.: Bibliotecas auspiciadas por el programa que prestan servicios)? 18
- s. ¿Promover otras oportunidades de alfabetización (en el primer idioma así como en el segundo idioma – conexiones con bibliotecas, talleres de lectura para niños, español para hispano parlantes, concursos de ensayos de los padres, etc.)? 19
- t. OTRO 1 (ESPECIFIQUE) _____ 95
- u. OTRO 2 (ESPECIFIQUE) _____ 96
- v. NO SABE 98

L2a. Si usted pudiera cambiar una cosa que usted cree que podría mejorar significativamente los servicios que su centro está proporcionando, ¿qué sería eso?

L3a. ¿Cuáles son las dos cosas que su centro hace realmente bien para los niños y sus familias?

1. _____

2. _____

L4a. En su **actual posición en Head Start**, ¿qué condiciones o situaciones **hacen más difícil** para usted hacer bien su trabajo? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA, DESPUÉS USE LA LISTA PARA INDAGAR]

- a. Constricción de tiempo, tal como no tener suficiente tiempo para hacer todo lo que es necesario hacer 01
- b. Un papel indefinido, pautas poco claras en las responsabilidades del trabajo 02
- c. Sueldo muy bajo para las demandas del trabajo 03
- d. Falta de personal de apoyo 04
- e. No hay suficiente capacitación para responsabilidades secundarias 05
- f. No hay suficiente ayuda y comunicación de la administración 06
- g. No hay suficiente fondos para materiales y actividades 07
- h. Incapacidad de mantener contacto permanente con las familias 08
- i. Muy poco tiempo con las familias 09
- j. El idioma de las familias 10
- k. Otro 1 (ESPECIFIQUE) 11
- l. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 12
- m. NO HAY PROBLEMAS 13
- n. NO SABE 98

PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO:
¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

COORDINADOR DE EDUCACIÓN

L1b. Si usted pudiera cambiar una cosa que usted cree que podría mejorar significativamente los servicios que su centro está proporcionando, ¿qué sería eso?

L2b. ¿Cuáles son las dos cosas que su centro hace realmente bien para los niños y sus familias?

1. _____

2. _____

L3b. En su **actual posición en Head Start**, ¿qué condiciones o situaciones **hacen más difícil** para usted hacer bien su trabajo? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA, DESPUÉS USE LA LISTA PARA INDAGAR]

- a. Constricción de tiempo, tal como no tener suficiente tiempo para hacer todo lo que es necesario hacer 01
- b. Un papel indefinido, pautas poco claras en las responsabilidades del trabajo 02
- c. Sueldo muy bajo para las demandas del trabajo 03
- d. Falta de personal de apoyo 04
- e. No hay suficiente capacitación para responsabilidades secundarias 05
- f. No hay suficiente ayuda y comunicación de la administración 06
- g. No hay suficiente fondos para materiales y actividades 07
- h. Incapacidad de mantener contacto permanente con las familias 08
- i. Muy poco tiempo con las familias 09
- j. El idioma de las familias 10
- k. Otro 1 (ESPECIFIQUE) 11
- l. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 12
- m. NO HAY PROBLEMAS 13
- n. NO SABE 98

PARA EL COORDINADOR DE EDUCACIÓN:
¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

TRABAJADOR DE SERVICIOS A LA FAMILIA

L1c. Si usted pudiera cambiar una cosa que usted cree que podría mejorar significativamente los servicios que su centro está proporcionando, ¿qué sería eso?

L2c. ¿Cuáles son las dos cosas que su centro hace realmente bien para los niños y sus familias?

1. _____

2. _____

L3c. En su **actual posición en Head Start**, ¿qué condiciones o situaciones **hacen más difícil** para usted hacer bien su trabajo? [ANOTE TODO LO QUE CORRESPONDA, DESPUÉS USE LA LISTA PARA INDAGAR]

- a. Constricción de tiempo, tal como no tener suficiente tiempo para hacer todo lo que es necesario hacer 01
- b. Un papel indefinido, pautas poco claras en las responsabilidades del trabajo 02
- c. Sueldo muy bajo para las demandas del trabajo 03
- d. Falta de personal de apoyo 04
- e. No hay suficiente capacitación para responsabilidades secundarias 05
- f. No hay suficiente ayuda y comunicación de la administración 06
- g. No hay suficiente fondos para materiales y actividades 07
- h. Incapacidad de mantener contacto permanente con las familias 08
- i. Muy poco tiempo con las familias 09
- j. El idioma de las familias 10
- k. Otro 1 (ESPECIFIQUE) 11
- l. Otro 2 (ESPECIFIQUE) 12
- m. NO HAY PROBLEMAS 13
- n. NO SABE 98

PARA EL TRABAJADOR DE SERVICIOS A LA FAMILIA:
¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

APÉNDICE: TARJETAS DE RESPUESTAS

TARJETA DE RESPUESTA A

- a. Enseñarle a los padres acerca de desarrollo del niño y educación para fortalecer sus habilidades como padres
- b. Informar a los padres del desarrollo de sus propios niños.....
- c. Estimular a los padres a leer más y a hacer más actividades educativas con sus niños
- d. Enseñarle a los padres acerca de salud y nutrición
- e. Informar a los padres acerca de los servicios de ayuda en su comunidad y ayudarlos a que los usen
- f. Ayudar a los padres a desarrollar una red de ayuda social con otros padres y familias del programa y de la comunidad
- g. Hacer que los padres participen en las decisiones de políticas y de programa
- h. Ayudar a los padres a que sean económicamente autosuficientes (Ej.: recibir más educación y empleo)
- i. Ayudar a los padres a mejorar sus conocimientos de alfabetismo
- j. Ayudar a los padres a identificar sus metas personales y maneras para que las logren

Protocolo Combinado del Director del Centro y del Personal, Pregunta F1 - Español

TARJETA DE RESPUESTA B

- a. Proporcionar experiencias educacionales al niño del programa Migrante y de Temporada
- b. Proporcionar experiencias educacionales/ayuda a otros niños del hogar
- c. Enseñar a los padres habilidades para criar a los niños/educación/temas del desarrollo del niño incluyendo actividades para que hagan con ellos
- d. Tratar temas de salud y nutrición de la familia
- e. Proporcionar consejería informal o tratar temas personales (Ej.: tensión marital, relaciones de familia)
- f. Proporcionar información de educación/referir a los proveedores de cuidado
- g. Proporcionar ayuda para las necesidades básicas (Ej.: alimentos/vivienda/vestimentas/servicios médicos)
- h. Informar a los padres acerca de los servicios que el programa Migrante y de Temporada de Head Start
- i. Informar a los padres acerca del progreso de su niño
- j. Obtener información de los padres acerca de sus experiencias con el programa Migrante y de Temporada incluyendo sugerencias para mejorar el programa
- k. Otro (ESPECIFIQUE)

Protocolo Combinado del Director del Centro y del Personal, Pregunta G16- Español



**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio
Head Start para Familias Migrantes Trabajadoras
Agrícolas de Temporada**

Entrevista del Maestro

Child ID number: _____

Child name: _____

Birth date: ____/____/____

Child gender (*circle*): F M

Nombre de la Agencia/Programa (Si Corresponde): _____

Nombre del Centro MSHS (Si Corresponde): _____ Dirección el Centro: _____

Nombre/Identificación del Padre o la Madre: _____

Lugar de la Entrevista (CIRCULE UNO.): Centro MSHS Hogar Otro (ESPECIFIQUE) _____

Fecha(s): _____ Entrevistador: _____

Completa

INTRODUCCIÓN

El Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, es un proyecto financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“DHHS” por sus siglas en inglés), de Estados Unidos, el cuál auspicia el Programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporada (“MSHS” por sus siglas en inglés). El proyecto está dirigido a averiguar de los programas acerca de cómo están ayudando ellos a las familias trabajadoras agrícolas migrantes y de temporada y acerca de las capacidades y desafíos de estas familias. Una parte muy importante del estudio es averiguar de parte del personal acerca de lo que pasa en los centros y salones de clases, particularmente cómo está adaptado el programa a las necesidades de los niños y sus familias, para ayudarnos a comprender cómo estudiar estos programas y a sus participantes.

Es importante decirle a usted que en este estudio estamos viendo solamente la viabilidad de hacer realmente un estudio de investigación de los programas Head Start para Familias Migrantes y de Temporada, así es que queremos aprender lo más que podamos haciéndole a usted preguntas en esta entrevista. Pero si en cualquier momento siente que las preguntas que le estamos haciendo no tienen sentido, o, que estamos dejando de preguntarle algo importante, por favor dígame. Al final de la entrevista le pediré que haga algunos comentarios acerca de las preguntas de la entrevista para ver su reacción a ésta. Nuevamente, esto es para que podamos aprender qué preguntas hacer y saber cómo funciona el programa, con el propósito de desarrollar un buen diseño para una evaluación futura.

Por favor, quiero que sepa que todas sus respuestas serán mantenidas estrictamente confidenciales, y que esta entrevista tomará alrededor de 30 minutos de su tiempo.

Antes de comenzar, por favor permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda a una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es 0970-0262 (vence en 3/31/07). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 30 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes que empecemos?

SC. SELECCIÓN DEL TIPO DE SALÓN DE CLASES

A1. ¿Cuáles son las edades en meses de todos los niños con que usted está trabajando en su salón de clases ahora?

DESDE _____ MESES (EDAD MENOR) A _____ MESES (EDAD MAYOR)

SI LAS EDADES SON MENOS DE 36 MESES, MARQUE ESTE ENCASILLADO. Y VAYA A LA SECCIÓN B “PARA MAESTROS CON BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS” (PÁGINA 12).

SI LAS EDADES DE LOS NIÑOS SON 36 MESES O MÁS, CONTINÚE EN ESTA SECCIÓN, ABAJO.

SI EL MAESTRO TIENE NIÑOS DE LOS DOS GRUPOS DE EDADES (MENORES DE 36 MESES Y MAYORES DE 36 MESES), ENTONCES EMPIECE EN ESTA SECCIÓN, Y COMPLETE LA SECCIÓN B.

A1. ¿Cuál es el rango de edades de los niños con los que usted está trabajando ahora mismo en su salón de clases?

DE _____ MESES (EDAD MÁS BAJA) A _____ MESES (EDAD MÁS ALTA)

A. PARA MAESTRO EN SALONES DE CLASES DE NIÑOS PREESCOLARES

A2. ¿Cuántos niños tiene en su salón de clases ahora mismo? _____ NÚMERO DE ESTUDIANTES

A3. Quisiéramos saber cómo es un *día típico* en su salón de clase. Sin incluir el desayuno, el almuerzo (“lonche”), la merienda, y las siestas, ¿cuánto tiempo pasan los niños haciendo las siguientes actividades?

(LEA ACTIVIDAD) ¿Diría usted que los niños pasan *nada de tiempo, media hora o menos, más o menos una hora, más o menos dos horas, o tres horas o más* en (LEA ACTIVIDAD OTRA VEZ)?

| | <u>Nada</u> | <u>Media hora o menos</u> | <u>Más o menos una hora</u> | <u>Más o menos dos horas</u> | <u>Tres horas o más</u> |
|---|-------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| a. <u>Actividades administradas por la ¹maestra para toda la clase</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. <u>Actividades administradas por la maestra para grupos pequeños</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. <u>Actividades administradas por la maestra en forma individual</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. <u>Actividades elegidas por los niños</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹ Las definiciones para los términos subrayados se encuentran en el glosario, después de la Sección D.

A4. ¿Con qué frecuencia los niños en esta clase hacen cada una de las siguientes actividades de lectura y lenguaje? ¿Diría que los niños (LEA ACTIVIDAD) *nunca, aproximadamente una vez al mes o menos, dos o tres veces por mes, una o dos veces por semana, o tres o cuatro veces por semana o todos los días?*

| | <u>Nunca</u> | <u>Una vez por mes o menos</u> | <u>Dos o tres veces por mes</u> | <u>Una o dos veces por semana</u> | <u>Tres o cuatro veces por semana</u> | <u>Todos los Días</u> | <u>No Corresponde</u> |
|--|--------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Trabajan en aprender los nombres de las letras del alfabeto..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Practican a escribir las letras del alfabeto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Hablan sobre palabras nuevas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Dictan historias a la maestra, ayudante o voluntario(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Practican sonidos fonéticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Le escuchan a usted leer cuentos mientras que ellos ven las letras (por ejemplo Libros Grandes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Le escuchan a usted leer cuentos pero sin que ellos vean las letras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Vuelven a contar cuentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Aprenden las normas de lectura (leer de izquierda a derecha, cómo tomar un libro)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Escriben sus propios nombres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| k. Aprenden sobre rima palabras y familias de palabras..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| l. Aprenden acerca de preposiciones comunes tales, como encima y debajo, arriba y abajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

A5. ¿Tiene su salón de clases las siguientes áreas o centros de interés para actividades?

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Área de lectura | 1 | 2 |
| b. Centro de audición | 1 | 2 |
| c. Área o centro de escritura | 1 | 2 |
| d. Área de matemáticas con manipulativos | 1 | 2 |
| e. Área de computación | 1 | 2 |
| f. Área de ciencia o naturaleza con manipulativos..... | 1 | 2 |
| g. Área o rincóndec juego creativo..... | 1 | 2 |
| h. Área de arte..... | 1 | 2 |
| i. Área privada para uno o dos niños solos..... | 1 | 2 |

A6. ¿Cuáles son algunas de las actividades y prácticas de clases dirigidas específicamente para estimular el desarrollo social y emocional de los niños?

A7. ¿Qué idiomas se usan para instrucción verbal en esta clase? (CIRCULE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- a. INGLÉS 01
- b. ESPAÑOL 02
- c. KANJOBAL..... 03
- d. MIXTECO ALTO o BAJO 04
- e. CHINO..... 05
- f. JAPONÉS..... 06
- g. COREANO 07
- h. VIETNAMITA..... 08
- i. UN IDIOMA FILIPINO 09
- j. OTRO IDIOMA INDÍGENA EJ. ZAPOTECO,
- k. TARASCO, TRIQUI, CHU, (ESPECIFIQUE) _____ 10
- l. IDIOMA DE INDIO AMERICANO. EJ: KICKAPOO
(ESPECIFIQUE) _____ 11
- m. OTRO IDIOMA (ESPECIFIQUE) _____ 12

A8. ¿Qué idiomas se usan para los materiales impresos en esta clase? (CIRCULE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- a. INGLÉS 01
- b. ESPAÑOL 02
- c. KANJOBAL..... 03
- d. MIXTECO ALTO OR BAJO..... 04
- e. CHINO..... 05
- f. JAPONÉS..... 06
- g. COREANO 07
- h. VIETNAMITA..... 08
- i. UN IDIOMA FILIPINO 09
- j. OTRO IDIOMA INDÍGENA EJ. ZAPOTECO,
- k. TARASCO, TRIQUI, CHU, (ESPECIFIQUE) _____ 10
- l. IDIOMA DE INDIO AMERICANO. EJ: KICKAPOO
(ESPECIFIQUE) _____ 11
- m. OTRO IDIOMA (ESPECIFIQUE) _____ 12

SI SÓLO SE USA EL INGLÉS, MARQUE ESTE ENCASILLADO. . .
 Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 10.

A9. ¿Qué tan bien habla usted cada uno de estos idiomas? ¿Diría que habla con fluidez o con fluidez parcial? Por favor califique cada idioma que usted habla.

| | Parcialmente | | |
|----------------------------|---------------|---------------|------------------|
| | <u>Fluido</u> | <u>Fluido</u> | <u>No Fluido</u> |
| IDIOMA NO INGLÉS #1: _____ | 1 | 2 | 3 |
| IDIOMA NO INGLÉS #2: _____ | 1 | 2 | 3 |
| IDIOMA NO INGLÉS #2: _____ | 1 | 2 | 3 |

A10. ¿Quién toma la *mayoría* de las decisiones acerca de los planes de instrucción día a día de los niños en su centro, tal como el horario típico del día o secuencia de actividades? ¿Son ...

- Los administradores del programa Head Start, 1
- Los directores de los centros individualmente y su personal, 2
- Los maestros individualmente, o 3
- Alguna otra persona? (ESPECIFIQUE) _____ 4

A11. ¿Cuánto utiliza usted un currículo para desarrollar y planificar las actividades diarias de su clase?
¿Diría usted que...

Muchísimo,..... 1
Bastante, o..... 2
Nada?..... 3

A12. ¿Tiene usted un plan diario escrito para las actividades de su clase?

SÍ..... 1
NO..... 2

A13. ¿Hay algún mentor que viene a su clase – alguien que le observa en forma regular cuando usted enseña y que le provee retroalimentación, orientación y capacitación?

SÍ..... 1
NO..... 2 (A17)

A14. ¿Con que frecuencia viene su mentor a su clase? ¿Diría usted:

Una vez a la semana, 1
Una vez al mes, o 2
Por un período concentrado (tal como toda una
semana o un mes)? 3

A15. ¿Ha observado alguna vez a su mentor en la clase de (él/ella) o fue con su mentor a otra clase?

SÍ..... 1
NO..... 2

A16. ¿Ha actuado alguna vez como mentor para otro(a) maestro(a) de Head Start o maestro mientras (el/ella) recibe capacitación?

SÍ..... 1
NO..... 2

A17. ¿Con que frecuencia se reúne con los padres para conversar acerca del progreso o situación de cada niño en su clase, aparte de las conversaciones diarias?

- Una vez cada 6 meses o más..... 1
- Una vez cada 4 a 6 meses 2
- Una vez cada 2 a 4 meses 3
- Al menos una vez al mes..... 4
- Más de una vez al mes 5

A18. ¿Hace usted algunas de las siguientes cosas con los padres de familia de todos los niños de su clase?

- | | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Mantiene un programa de reuniones regulares de padre y maestro | 1 | 2 |
| b. Programa reuniones de padre y maestro como seguimiento de a sus propios análisis sobre el progreso de los niños? (SOLO SI SE HACEN EVALUACIONES SISTEMÁTICAS) | 1 | 2 |
| c. Programa reuniones de padre y maestro por lo menos 2 veces al año? | 1 | |
| d. ¿ Lleva a cabo reuniones de padre y maestro por lo menos una vez al año? | | |
| e. ¿ Programa visitas a la casa dos veces por año? | 1 | 2 |
| f. ¿ Lleva a cabo visitas a la casa por lo menos una vez al año? | 1 | 2 |

A19. Sin contar las reuniones formales de padre y maestro, ¿más o menos con cuánta frecuencia habla típicamente con los padres de los niños de su clase? (INDAGAR: ¿La mayoría de los padres de familia?)

- Menos de una vez al mes 1
- Una o dos veces al mes..... 2
- Más o menos una vez a la semana 3
- Dos o tres veces a la semana..... 4
- Casi a diario 5

A20. ¿Cuáles son algunas de las actividades que usted estimula en los padres para que participen en el aprendizaje, la salud, y el desarrollo de sus niños? (CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDE. NO LEA EN VOZ ALTA.)

- LEER AL NIÑO 1
- CONTARLE CUENTOS AL NIÑO 2
- HABLARLE AL NIÑO ACERCA DE SU HERENCIA ÉTNICA
O DE LOS ORÍGENES DE SU FAMILIA 3
- HABLARLE AL NIÑO ACERCA DE SUS EXPERIENCIAS
EN MSHS 4
- PASAR TIEMPO CON EL NIÑO HACIENDO ARTES Y
ARTESANÍAS
PASAR TIEMPO CON EL NIÑO TRABAJANDO EN ALGÚN
PROYECTO 5
- MANDAR/ORIENTAR A LOS PADRES A SERVICIOS DE
SALUD INFANTIL 6
- HABLAR LE ACERCA DE TEMAS DE DISCIPLINA
(EN EL HOGAR COMPARADO CON LA ESCUELITA) 7
- OTRO 1 (ESPECIFIQUE) _____ 8

- OTRO 2 (ESPECIFIQUE) _____ 9

A21. ¿Cuáles son algunas de las actividades que usted estimular que hagan los padres para que participen en MSHS?
(NO LEA EN VOZ ALTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDE)

- ASISTIR A REUNIONES GENERALES DE LA
ESCUELA/ESCUELITA 1
- ASISTIR A LAS REUNIONES DE PADRE Y MAESTRO
PROGRAMADAS EN FORMA REGULAR 2
- ASISTIR A EVENTOS DE LA ESCUELA/ESCUELITA O
DE LA CLASE, TAL COMO REPRESENTACIONES
TEATRALES O EVENTOS DEPORTIVOS 3
- SERVIR DE VOLUNTARIO DE LA ESCUELA O SERVIR
EN UN COMITÉ DE PADRES 4
- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE CARIDAD
PARA LA ESCUELA 5
- ASISTIR A TALLERES PARA LOS PADRES 6
- OTRO 1 (ESPECIFIQUE) _____ 7

- OTRO 2 (ESPECIFIQUE) _____ 8

A22. ¿Cuáles son los principales desafíos que usted enfrenta en su trabajo con los padres?

A23. Por favor dígame hasta que punto usted está de acuerdo con cada una de la siguientes declaraciones sobre la enseñanza. Dígame si está *mayormente en desacuerdo*, *ni de acuerdo ni en des acuerdo*, o *mayormente de acuerdo*.

| | Mayormente en <u>desacuerdo</u> | Ni de acuerdo ni en des <u>acuerdo</u> | Mayormente <u>de acuerdo</u> |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| a. Realmente disfruto mi actual trabajo de maestro | 1 | 2 | 3 |
| b. Estoy seguro(a) que estoy haciendo algo importante en la vida de los niños que enseño | 1 | 2 | 3 |
| c. Si pudiera comenzar de nuevo, escogería ser maestro(a) como mi carrera nuevamente | 1 | 2 | 3 |

A24. Si dependería de usted solamente, ¿qué tan cuán probable sería que continuara trabajando para el Programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas hasta el próximo año escolar de MSHS (es decir 2004-2005)?

- Muy probable 1
- Algo probable..... 2
- Muy improbable 3

SI EL MAESTRO NO TIENE NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD, VAYA A LA SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE PREVIA.

SI EL MAESTRO TAMBIÉN TIENE NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD, CONTINÚE EN LA SECCIÓN B

B. PARA MAESTROS EN CLASES CON BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS

B1. ¿Cuántos niños tiene en su clase ahora mismo?

CANTIDAD DE NIÑOS DE 0 - 12 MESES CANTIDAD DE NIÑOS DE 13 – 24 MESES

B2. ¿Qué idiomas usa para comunicarse con los niños en su clase? (CIRCULE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- a. INGLÉS 01
- b. ESPAÑOL 02
- c. KANJOBAL..... 03
- d. MIXTECO ALTO OR BAJO..... 04
- e. CHINO..... 05
- f. JAPONÉS..... 06
- g. COREANO 07
- h. VIETNAMITA..... 08
- i. UN IDIOMA FILIPINO 09
- j. OTRO IDIOMA INDÍGENA EJ. ZAPOTECO,
- k. TARASCO, TRIQUI, CHU, (ESPECIFIQUE) _____ 10
- l. IDIOMA DE INDIO AMERICANO. EJ: KICKAPOO
(ESPECIFIQUE) _____ 11
- m. OTRO IDIOMA (ESPECIFIQUE) _____ 12

SI SÓLO SE USA EL INGLÉS, MARQUE ESTE ENCASILLADO. . .
 Y VAYA A LA PREGUNTA B4.

B3. ¿Qué tan bien habla usted cada uno de estos idiomas? ¿Diría que habla con fluidez o con fluidez parcial? Por favor califique cada idioma que usted habla.

| | | Parcialmente | |
|----------------------------|---------------|---------------|------------------|
| | <u>Fluído</u> | <u>Fluído</u> | <u>No Fluído</u> |
| IDIOMA NO INGLÉS #1: _____ | 1 | 2 | 3 |
| IDIOMA NO INGLÉS #2: _____ | 1 | 2 | 3 |
| IDIOMA NO INGLÉS #2: _____ | 1 | 2 | 3 |

B4. ¿Quién toma la *mayoría* de las decisiones acerca de los planes de instrucción día a día de los niños en su centro, tal como el horario típico del día o secuencia de actividades? ¿Son ...

- Los administradores del programa Head Start, 1
- Los directores de los centros individualmente y su personal, 2
- Los maestros individualmente, o 3
- Alguna otra persona? (ESPECIFIQUE) _____ 4

B5. ¿Tiene usted un horario diario típico de actividades para su salón de clases?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

B6. ¿Hay algún mentor que viene a su clase – alguien que le observa en forma regular cuando usted enseña y que le provee retroalimentación, orientación y capacitación?

- SÍ..... 1
- NO..... 2 (B10)

B7. ¿Con que frecuencia viene su mentor a su clase? ¿Diría usted:

- Una vez a la semana, 1
- Una vez al mes, o 2
- Por un período concentrado (tal como toda una semana o un mes)? 3

B8. ¿Ha observado alguna vez a su mentor en la clase de (él/ella) o fue con su mentor a otra clase?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

B9. ¿Ha actuado alguna vez como mentor para otro(a) maestro(a) de Head Start o maestro mientras (el/ella) recibe capacitación?

- SÍ..... 1
- NO..... 2

B10. ¿Con que frecuencia se reúne con los padres para conversar acerca del progreso o situación de cada niño en su clase, aparte de las conversaciones diarias?

- Una vez cada 6 meses o más..... 1
- Una vez cada 4 a 6 meses 2
- Una vez cada 2 a 4 meses 3
- Al menos una vez al mes..... 4
- Más de una vez al mes 5

B11. ¿Hace usted algunas de las siguientes cosas con los padres de familia de todos los niños de su clase?

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. Mantiene un programa de reuniones regulares de padre y maestro..... | 1 | 2 |
| b. Programa reuniones de padre y maestro como seguimiento de sus propios análisis sobre el progreso de los niños? (SOLO SI SE HACEN EVALUACIONES SISTEMÁTICAS) | 1 | 2 |
| c. Programa reuniones de padre y maestro por lo menos 2 veces al año?..... | 1 | 2 |
| d. ¿ Lleva a cabo reuniones de padre y maestro por lo menos una vez al año?..... | 1 | 2 |
| e. ¿ Programa visitas a la casa dos veces por año? | 1 | 2 |
| f. ¿ Lleva a cabo visitas a la casa por lo menos una vez al año? | 1 | 2 |

B12. Sin contar las reuniones formales de padre y maestro, ¿más o menos con cuánta frecuencia habla típicamente con los padres de los niños de su clase? (INDAGAR: ¿La mayoría de los padres de familia?)

- Menos de una vez al mes..... 1
- Una o dos veces al mes..... 2
- Más o menos una vez a la semana 3
- Dos o tres veces a la semana..... 4
- Casi a diario 5

B13. ¿Cuáles son algunas de las actividades que usted estimula en los padres para que participen en el aprendizaje, la salud, y el desarrollo de sus niños? (CIRCULO TODO LO QUE CORRESPONDE. NO LEA EN VOZ ALTA.)

- LEER AL NIÑO 1
- CONTARLE CUENTOS AL NIÑO 2
- HABLARLE AL NIÑO ACERCA DE SU HERENCIA ÉTNICA
O DE LOS ORÍGENES DE SU FAMILIA 3
- HABLARLE AL NIÑO ACERCA DE SUS EXPERIENCIAS
EN MSHS 4
- PASAR TIEMPO CON EL NIÑO HACIENDO ARTES Y
ARTESANÍAS
PASAR TIEMPO CON EL NIÑO TRABAJANDO EN ALGÚN
PROYECTO 5
- MANDAR/ORIENTAR A LOS PADRES A SERVICIOS DE
SALUD INFANTIL 6
- HABLAR LE ACERCA DE TEMAS DE DISCIPLINA
(EN EL HOGAR COMPARADO CON LA ESCUELITA) 7
- OTRO 1 (ESPECIFIQUE) _____ 8

- _____
- OTRO 2 (ESPECIFIQUE) _____ 9

- _____

B14. ¿Cuáles son algunas de las actividades que usted estimular que hagan los padres para que participen en MSHS?
(NO LEA EN VOZ ALTA. CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDE)

- ASISTIR A REUNIONES GENERALES DE LA ESCUELA/ESCUELITA 1
- ASISTIR A LAS REUNIONES DE PADRE Y MAESTRO PROGRAMADAS EN FORMA REGULAR 2
- ASISTIR A EVENTOS DE LA ESCUELA/ESCUELITA O DE LA CLASE, TAL COMO OBRAS TEATRALES O EVENTOS DEPORTIVOS 3
- SERVIR DE VOLUNTARIO DE LA ESCUELA O SERVIR EN UN COMITÉ DE PADRES 4
- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE CARIDAD PARA LA ESCUELA 5
- ASISTIR A TALLERES PARA LOS PADRES 6
- OTRO 1 (ESPECIFIQUE) _____ 7

- _____
- OTRO 2 (ESPECIFIQUE) _____ 8
- _____

B15. ¿Cuáles son los principales desafíos que usted enfrenta en su trabajo con los padres?

B16. Por favor dígame hasta que punto usted está de acuerdo con cada una de la siguientes declaraciones sobre la enseñanza. Dígame si está *mayormente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en des acuerdo, o mayormente de acuerdo.*

| | <u>Mayormente en desacuerdo</u> | <u>Ni de acuerdo ni en des acuerdo</u> | <u>Mayormente de acuerdo</u> |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| a. Realmente disfruto mi actual trabajo de maestro | 1 | 2 | 3 |
| b. Estoy seguro(a) que estoy haciendo algo importante en la vida de los niños que enseño | 1 | 2 | 3 |
| c. Si pudiera comenzar de nuevo, escogería ser maestro(a) como mi carrera nuevamente | 1 | 2 | 3 |

B17. Si dependería de usted solamente, ¿qué tan probable sería que continuara trabajando para el programa Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas hasta el próximo año escolar de MSHS (es decir 2004-2005)?

| | |
|----------------------|---|
| Muy probable | 1 |
| Algo probable | 2 |
| Muy improbable | 3 |

B18. Quisiéramos que nos diga cómo es un *día típico* en su salón de bebés y niños pequeños. ¿Cuánto tiempo pasan los niños haciendo las siguientes actividades? (LEA ACTIVIDAD) ¿Diría usted que los niños pasan *nada de tiempo, media hora o menos, más o menos una hora, más o menos dos horas, o tres horas o más* en (LEA ACTIVIDAD OTRA VEZ)?

| | <u>Nada</u> | <u>Media hora o menos</u> | <u>Más o menos una hora</u> | <u>Más o menos dos horas</u> | <u>Tres horas o más</u> |
|---|-------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| a. Comiendo (Comidas/Meriendas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Cambiando pañales yendo al baño..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Siestas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Actividades de juego a dentro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Actividades de juego afuera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B19. Por favor piense en todas las exhibiciones, ilustraciones, fotos, móviles, etc. que usted tiene en su(s) salón(es) donde cuida a los niños y que los niños pueden ver y oír. Por favor indique si usted tiene o no los siguientes objetos:

| | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>NO SE</u> | <u>REHÚSO</u> |
|--|-----------|-----------|--------------|---------------|
| a. Fotos o letreros producidos comercialmente | 1 | 2 | 98 | 99 |
| b. Móviles | 1 | 2 | 98 | 99 |
| c. Tableros con juegos y actividades para niños pequeños | 1 | 2 | 98 | 99 |
| d. Discos, DCs. o cintas para niños | 1 | 2 | 98 | 99 |
| e. Dibujos o garabatos hechos por los niños | 1 | 2 | 98 | 99 |

B20. Pensando acerca de los juguetes que hay disponibles en el/los salón(es) donde usted cuida a los niños...

| | <u>SI</u> | <u>NO</u> | <u>NO SE</u> | <u>REHÚSO</u> |
|--|-----------|-----------|--------------|---------------|
| a. ¿Tiene usted juguetes que le permiten a los niños hacer trabajar sus músculos grandes, tal como una frazada o superficie suave afuera, una cuna-gimnasio, o andadores para los infantes o juguetes para manejar (triciclos), juguetes para empujar y jalar con recedas, o resbaladores para los bebés en edad de empezar a andar? (INDAGAR: Otros ejemplos son columbios internos cuerda para brincar o saltar, resbaladores de juguete, caballitos mecedores, trampolines, casa de árbol TYCO)..... | 1 | 2 | 98 | 99 |
| b. ¿Tiene usted algunos juguetes que tenga piezas de armar como ser hilo y cuentas para enhebrar, o piezas con formas geométricas para seleccionar? (INDAGAR: Otros ejemplos incluyen apiladores de bolitas, cajas con partes y piezas para sacar y meter, juguetes para manipular, envases de huevos, martillo y clavijas, "jack in the box" aros y palillos, y rompecabezas sencillos). | 1 | 2 | 98 | 99 |
| c. ¿Tiene usted algunos materiales de arte para bebés y niños pequeños? ("NA" SI TODOS LOS NIÑOS SON MENORES DE 12 MESES)? Estos Objetos incluyen crayones, pinturas para pintar con los dedos, plastilina (play dough).. | 1 | 2 | 98 | 99 |
| d. Tiene usted juguetes para abrasar, juguetes suaves como ser muñecas u ositos? | 1 | 2 | 98 | 99 |
| e. ¿Tiene usted libros adecuados para infantes y niños en edad de empezar a andar tal como libros de plástico de tapas duras? | 1 | 2 | 98 | 99 |
| f. ¿Tiene usted algunos juguetes con los que los niños puedan hacer música, tal como tambores, grabadoras, o juguetes que tocan canciones? | 1 | 2 | 98 | 99 |

C. INFORMACIÓN PREVIA DEL MAESTRO

- C1. En total, ¿cuántos años ha estado enseñando (incluyendo todos los grados y clases preescolares)?

CANTIDAD DE AÑOS

- C2. ¿Cuántos de esos años ha estado enseñando en Head Start, Early Head Start, o Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas (como maestra o ayudante de maestra)?

CANTIDAD DE AÑOS

- C3. ¿Cuántos de esos años ha estado enseñando sólo en Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas (como maestra o ayudante de maestra)?

CANTIDAD DE AÑOS

- C4. ¿Es usted padre/madre de un niño que esté asistiendo actualmente al programa de Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

SÍ..... 1
NO 2

- C5. ¿Tiene usted algunos otros niños viviendo con usted que no están asistiendo actualmente al programa de Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas, pero que sí atendió en el pasado?

SÍ..... 1
NO 2

- C6. ¿Es usted padre/madre de un niño que esté actualmente asistiendo al programa regular de Head Start o Early Head Start (pero no a Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas) ahora o que asistió en el pasado?

SÍ..... 1
NO 2

C7. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted ha completado? (CIRCULE UNA RESPUESTA- VEA EL GLOSARIO AL FINAL DE LA SECCIÓN D PARA LAS DEFINICIONES)

- | | | | |
|--|----|---|------|
| HASTA 5 ^o GRADO | 00 | } | (C9) |
| 6 ^o A 8 ^o GRADO | 01 | | |
| 9 ^o A 11 ^o GRADO | 02 | | |
| 12 ^o GRADO, PERO SIN DIPLOMA | 03 | | |
| <u>DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR/SECUNDARIA O</u> | | | |
| <u>EQUIVALENTE</u> | 04 | | |
| PROGRAMA VOC/TEC DESPUÉS DE ESCUELA | | | |
| SUPERIOR/SECUNDARIA PERO SIN DIPLOMA VOC/TEC | 05 | } | (C8) |
| DIPLOMA VOC/TEC DESPUÉS DE ESCUELA | | | |
| SUPERIOR/SECUNDARIA | 06 | | |
| ALGO DE UNIVERSIDAD, PERO SIN DIPLOMA..... | 07 | | |
| <u>GRADO ASOCIADO</u> | 08 | | |
| <u>LICENCIATURA O BACHILLERATO</u> | 09 | | |
| ESTUDIOS DE POSTGRADO PERO SIN DIPLOMA..... | 10 | | |
| MASTERADO (MA, MS) | 11 | | |
| DOCTORADO (PHD, EDD) | 12 | | |
| GRADO PROFESIONAL DESPUÉS DE LA LICENCIATURA | | | |
| (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; ABOGACÍA/JD/LLB; ETC.).... | 13 | | |

C8. ¿En qué campo obtuvo su grado más alto de educación?

- | | |
|--|---|
| DESARROLLO DE LA NIÑEZ O | |
| PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO INFANTIL | 1 |
| EDUCACIÓN TEMPRANA INFANTIL | 2 |
| EDUCACIÓN PRIMARIA | 3 |
| OTRO CAMPO (ESPECIFIQUE) _____ | 4 |

C9. ¿Ha completado 6 o más cursos universitarios de educación temprana infantil o en desarrollo de la niñez?

- | | |
|----------|---|
| SÍ..... | 1 |
| NO | 2 |

C10. ¿Tiene alguna credencial de grado Asociado en Desarrollo Infantil (CDA o Child Development Associate)?

- | | |
|----------|---|
| SÍ..... | 1 |
| NO | 2 |

C11. Tiene usted un certificado de educación preescolar otorgada por [NOMBRE DE EL ESTADO] o permiso provisorio?

- | | |
|----------|---|
| SÍ..... | 1 |
| NO | 2 |

C12. ¿Está usted actualmente matriculada(o) en algún programa adicional relacionado a la capacitación o educación de maestros, incluyendo títulos de escuela postsecundaria, títulos de post-grado, etc.? (CIRCULE UNO SOLAMENTE.)

- Actualmente no matriculado 1
- Programa para un credencial asociado en el desarrollo infantil (cda) 2
- Certificado para enseñar..... 3
- Título para enseñar educación especial..... 4
- Postgrado (masterado o ph.d or ed.d.)..... 5
- Otro (*ESPECIFIQUE*) 6

C13. (PREGUNTE SOLAMENTE SI NO ES OBVIO) ¿De qué sexo es usted?

- MASCULINO..... 1
- FEMENINO 2

C14. ¿Es usted de origen español, hispano, o latino?

- SÍ..... 1
- NO 2 (C16)

C15. ¿Cuál de lo siguiente le describe mejor a usted...

- [Centroamérica] Mexicano, Mexicano americano 01
 - Guatemalteco..... 02
 - Salvadoreño 03
 - Nicaragüense..... 04
 - Costarricense 05
 - Panameño..... 06
- [Caribe] Puertorriqueño 07
 - Cubano..... 08
- [Sudamérica] Colombiano..... 09
 - Venezolano 10
 - Guyaniano..... 11
 - Ecuatoriano..... 12
 - Brasileño 13
 - Peruano..... 14
 - Boliviano..... 15
 - Paraguayo..... 16
 - Chileno 17
 - Argentino..... 18
 - Uruguayo 19
- Otro grupo español/hispano/latino..... 20

C16. ¿Cuál es su raza? Puede mencionar más de una si gusta.
(CIRCULE TODAS LAS MENCIONADAS)

- a. BLANCA 01
- b. NEGRA O AFRO AMERICANA 02
- c. INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
(ESPECIFIQUE) _____ 03
- d. INDIA ASIÁTICA 04
- e. CHINA 05
- f. FILIPINA 06
- g. JAPONESA 07
- h. COREANA 08

C17. ¿Cuáles son las dos cosas que usted piensa que su programa hace realmente bien para los niños y sus familias? (PIDA QUE ESCOJA DOS SOLAMENTE.)

1. _____

2. _____

C18. Si usted pudiera cambiar una cosa (incluyendo personal, administración, prácticas de la clase, y local/edificio), que usted cree que mejoraría significativamente los servicios que ustedes proveen, ¿qué cambiaría?

1. _____

C19. ¿Qué cosas cree usted que hacen que el preprograma de Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas sea diferente a los otros programas de Head Start?

C20. ¿Cuáles cree usted que son las características más singulares e importantes del programa de Head Start para Familias Migrantes y de Temporadas?

D. REACCIÓN AL CUESTIONARIO

Ahora terminamos la entrevista y quiero agradecerle por su tiempo y ayuda. Ahora quisiera que me dé su reacción (retroalimentación, consejos) a la entrevista y las preguntas que le he hecho.

D1. En general, ¿cuál es su reacción acerca de la entrevista?

D2. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que eran especialmente importantes que hiciéramos?

D3. ¿Hay algunas preguntas que usted pensó que no eran importantes que hiciéramos?

D4. ¿Hay alguna información que no preguntamos, que usted cree que sería importante preguntar?

D5. ¿Hubo algunas preguntas que le incomodaron o que pienso que eran muy personales?

- D6. ¿Tiene alguna sugerencias de cómo hacer estudios de investigación en los programas de Migrant and Seasonal Head Start Programs? [INDAGAR: ¿Cómo hacer preguntas, cómo obtener información, quiénes son buenas fuentes de información?]

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

GLOSARIO PARA LA ENTREVISTA A LOS MAESTROS

CATEGORÍAS GENERALES:

Actividades administradas por la maestra . Cualquier actividad (juego o aprendizaje) en la cual la maestra principal o la asistente ha planeado y lleva a cabo la actividad con los niños, por ejemplo durante la hora de leer cuentos.

Actividades elegidas por los niños..... Actividades en las cuales los niños tienen la opción sobre lo que van a hacer: jugar en los distintos Centros de Aprendizaje o afuera.

Actividades Individuales Actividades con solo un o dos niños.

Actividades para grupos pequeños..... Actividades con un grupo de entre 3-8 niños trabajando con un maestro, por ejemplo, sentados alrededor de la mesa recortando las letras del alfabeto.

Actividades para toda la clase Actividades en las que todos los niños de la clase participan, aún cuando están divididos en grupos pequeños.

Capacitación Se refiere a cualquier asistencia por el cual el maestro aprendió a utilizar el currículo en la clase. El sistema puede consistir en adiestramientos a través de MSHS, o por el mentor, e inclusive puede ser de estudio individual en el que maestro aprende por si solo con materiales de entrenamiento.

Credencial Asociado en el Desarrollo Infantil

(CDA o Child Development Associate) Conocido en inglés con las siglas CDA, es un credencial reconocido a nivel nacional como la norma de calidad (estándares de calidad) en el entrenamiento de proveedores de cuidado infantil profesionales. El adiestramiento para el DCA capacita a los proveedores de cuidado a trabajar en forma efectiva con niños pequeños y sus familias en un ambiente de programa de educación temprana de la niñez.

- Currículo Un currículo es un paquete de actividades de aprendizaje, con cierta filosofía o criterio de enseñanza. Provee materiales que le ayudaran al maestro a diseñar un ambiente educacional estimulante para los niños. Por lo general lleva un nombre, y muchos currículos tienen libros de trabajo, guías para los maestros, y algunos pueden traer materiales únicos de aprendizaje (juguetes, etc.) que le ayuda al maestro a implementar el currículo en la clase.
- Mentor Se refiere a alguien que tiene experiencia, puede ser un maestro de mayor categoría o nivel o un administrativo quien toma la responsabilidad de supervisar al maestro. El mentor trabaja con el maestro en persona con frecuencia observa al maestro en su clase, y luego de da retroalimentación y sugerencias para mejorar su trabajo.
- Proyecto Edificio, hacer algo, arreglar algo, o cocinar.
- Reunión General de la Escuela Eventos sin invitación personal en los que se ofrece información a todo aquel que asiste (open-house), “noche de regreso a la escuela” un evento que sucede al comenzar el año escolar en el que los padres de familia reciben orientación; organizaciones entre padres y maestros; etc.

CATEGORÍAS DE EDUCACIÓN:

| | |
|--|--|
| Escuela superior/secundaria o equivalente | Se refiere a un diploma de escuela superior/secundaria regular o certificado obtenido después de abandonar la escuela, usualmente un GED o diploma equivalente. |
| Programa Vocacional/técnico | Programas de educación orientados a la enseñanza de un oficio u ocupación pero no hacia un grado académico, que se estudia normalmente en una escuela técnica, instituto o en dos años de universidad. |
| Algo de Universidad pero sin grado..... | El entrevistado completó al menos un año de estudios en una Universidad acreditada de cuatro años, sin obtener un grado o diploma. |
| Grado Asociado..... | El entrevistado completó un grado de 2 años, normalmente en una universidad de la comunidad. |
| Grado Universitario | El entrevistado completó un grado de 4 años en una universidad acreditada de cuatro años. Algunos programas universitarios pueden durar 5 años o más., y la persona recibe un grado. |
| Escuela de Postgrado o Profesional, pero sin grado | El entrevistado completó al menos un año de escuela de postgrado o profesional en una universidad acreditada, sin obtener un grado. Normalmente el entrevistado ha obtenido un grado universitario antes de entrar a la escuela de postgrado. Las escuelas de postgrado incluyen programas de maestrías o doctorados y las escuelas profesionales, incluyen escuela de medicina, de dentística, o de derecho. |
| Grado de Maestría (MA, MSC) | El entrevistado ha completado un postgrado más allá del grado universitario. |
| Grado de Doctorado (PH.D., ED.D)..... | Un diploma que requiere trabajo a nivel de postgrado y termina en un grado de doctorado. La clasificación de doctorado incluye grados tales como Doctor en Educación, Doctor en Administración Pública, Doctor en Filosofía en cualquier campo tal como Agronomía, Tecnología de los Alimentos, Educación en Ingeniería, Administración Pública, o radiología, así como cualquier grado profesional tal como Medicina o Derecho. |



**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de
Head Start para Familias Migrantes y de Temporada**

Suplemento de la Entrevista del Maestro

**Salones de Clases con Bebés Desde Recién Nacidos
Hasta 12 Meses de Edad**

Child ID number: _____

Child name: _____

Birth date: ____/____/____

Child gender (*circle*): F M

Nombre de la Agencia/Programa : _____

Nombre del Centro MSHS : _____ Dirección el Centro: _____

Nombre/Identificación del Salón de Clases: _____

Fecha completada: _____ Entrevistador: _____

**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para
Familias Migrantes y de Temporada
SUPLEMENTO de la Entrevista del Maestro: Salones de Clases con Bebés Desde
Recién Nacidos Hasta 12 Meses de Edad**

INSTRUCCIONES

AL TERMINAR LA ENTREVISTA DEL MAESTRO, SI EL MAESTRO TIENE NIÑOS EN EL SALÓN DE CLASES ENTRE LAS EDADES DE RECIÉN NACIDOS HASTA 12 MESES QUE ESTÁN SELECCIONADOS PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y HAY UN CONSENTIMIENTO FIRMADO DE LOS PADRES, CONTINÚE CON ESTA ENTREVISTA. NOTA: DEBE HABER UN SUPLEMENTO PARA CADA NIÑO DE ESTA EDAD QUE ESTÉ PARTICIPANDO EN EL PROYECTO.

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de cada niño de su salón de clases que tenga entre las edades de recién nacido y 12 meses y que haya sido seleccionado para el estudio.

SELECCIONE AL PRIMER NIÑO DE LA LISTA QUE VAYA DESDE RECIÉN NACIDO HASTA 12 MESES DE EDAD.

Esta entrevista será para _____ [NOMBRE DEL NIÑO DEL ESTUDIO] que tiene:___ meses de edad (VERIFIQUE DE LA LISTA). Esta entrevista debería tomar más o menos 15 minutos de su tiempo.

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ mm/dd/aa. En este momento el niño tiene _____ meses de edad.

Nombre del Centro MSHS: _____ Nombre/ID del Salón: _____

Nombre del Maestro: _____

ÍNDICE

A. LENGUAJE 1
B. DESARROLLO MOTOR 2
C. DESARROLLO MOTOR FINO 3
D. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL 4
E. DESARROLLO COGNOSCITIVO..... 5
F. SALUD DEL NIÑO..... 6
G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA..... 7

A. LENGUAJE

A1. CDI/ASQ

Esta es una lista de actividades que los niños pueden hacer en diferentes momentos, antes o después que ellos cumplen un año de edad. El niño del estudio puede que ya haya hecho algunas de las actividades descritas aquí, y puede que haya algunas que él/ella no ha empezado a hacer todavía. Por favor haga un círculo alrededor del 1 "SÍ" para cada actividad que el niño ya ha empezado a hacer o es capaz de hacerla consistentemente. Si el niño puede hacer la actividad, pero no siempre es capaz de hacerla, haga un círculo alrededor del 2 "ALGUNAS VECES". Si este niño no ha hecho todavía la actividad haga un círculo alrededor del 3 "NO TODAVÍA".

(MARQUE CADA OPCIÓN.)

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|----|------------------|---------------|
| a. ¿Hace sonidos cuando está mirando un juguete o a una persona? | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Hace sonidos tales como "da", "ga", "ka", y "ba"? | 1 | 2 | 3 |
| c. Si usted imita los sonidos que hace, ¿le repite él/ella los sonidos a usted? | 1 | 2 | 3 |
| d. Si usted llama a este niño cuando usted está fuera del alcance de su vista, ¿mira él/ella en dirección a su voz? . | 1 | 2 | 3 |

Este niño, ...

| | | | |
|--|---|---|---|
| e. ¿hace dos sonidos similares tales como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (Pueda que este niño haga estos sonidos sin referirse a ningún objeto o persona en particular) | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿sigue una instrucción simple, tal como "ven acá", "dámelo", o "ponlo de vuelta", sin que usted haga los ademanes? ... | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿dice una palabra además de "mamá" y "tata"? (Una palabra es un sonido que el niño hace consistentemente para referirse a alguien o a algo, tal como "bibi" por botella.).... | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿mueve la cabeza cuando quiere decir "no" o "sí"? | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿usa al menos 10 palabras? | 1 | 2 | 3 |
| j. ¿pide "más" u "otro más"? | 1 | 2 | 3 |

k. ¿le pasa a usted un juguete cuando se lo pide? 1 2 3

B. DESARROLLO MOTOR

Por favor haga un círculo alrededor del 1 "SÍ" para cada actividad que el niño ya ha empezado a hacer o es capaz de hacerla consistentemente. Si el niño puede hacer la actividad, pero no siempre es capaz de hacerla, haga un círculo alrededor del 2 "ALGUNAS VECES". Si este niño no ha hecho todavía la actividad haga un círculo alrededor del 3 "NO TODAVÍA".

| B1 | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|----|---------------|------------|
| a. Cuando él/ella está boca abajo, ¿mantiene la cabeza erguida, mirando a su alrededor? | 1 | 2 | 3 |
| b. Cuando está de espaldas, ¿mueve la cabeza de un lado a otro?..... | 1 | 2 | 3 |
| c. Cuando usted le sostiene en posición de sentarse, ¿mantiene la cabeza erguida? (conteste "sí" si el niño ya puede sentarse solo).... | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Puede darse vuelta cuando está de espaldas y ponerse boca abajo, sacando los brazos de debajo del cuerpo?..... | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Puede ponerse en posición para gatear levantándose sobre las manos y las rodillas?..... | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Puede sentarse por si solo, derecho sin apoyarse y sin caerse hacia adelante o hacia los lados? | 1 | 2 | 3 |
| g. Si usted le sujeta las manos para que se equilibre solamente, ¿puede sostener su propio peso mientras está parado(a)? | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Puede pararse por si solo por 10 segundos o más sin sujetarse de ninguna cosa u otra persona? | 1 | 2 | 3 |
| i. Cuando está sentado en el suelo, ¿puede sentarse derecho por varios minutos <i>sin</i> usar las manos para apoyarse?..... | 1 | 2 | 3 |
| j. ¿Camina a lo largo de un mueble mientras se sujeta con una sola mano? | 1 | 2 | 3 |
| k. ¿Puede pararse por si solo hasta ponerse de pie? | 1 | 2 | 3 |
| l. Cuando está sujetándose de un mueble, ¿puede agacharse hacia adelante para recoger un juguete del suelo y luego volver a enderezarse hasta quedar parado? | 1 | 2 | 3 |
| m. ¿Puede subir gateando al menos 2 escalones o peldaños? | 1 | 2 | 3 |
| n. Si usted le sujeta las dos manos para que se equilibre solamente, ¿puede este niño dar varios pasos sin tropezarse o caerse? (Si ya puede caminar por si solo, marque "SÍ") | 1 | 2 | 3 |
| o. ¿Puede caminar por si solo, dar 3 o más pasos sin ninguna ayuda o apoyo? | 1 | 2 | 3 |

C. DESARROLLO MOTOR FINO

A continuación hay algunas preguntas más específicas acerca de lo que puede hacer el niño del estudio.

(MARQUE CADA OPCIÓN ABAJO. SI EL NIÑO LO HACÍA ANTES MARQUE "SÍ".)

| C1 | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|----|------------------|---------------|
| a. Cuando usted le pone un juguete en las manos, ¿lo sujeta por 1 minuto más o menos mientras lo mira, lo mueve, o trata de morderlo? | 1 | 2 | 3 |
| Este niño, ... | | | |
| b. ¿recoge un objeto con una mano o normalmente recoge un juguete pequeño con una mano solamente? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿sujeta dos objetos al mismo tiempo, uno en cada mano? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿recoge objetos pequeños tales como un pedacito de cereal seco usando el dedo pulgar y otro dedo? | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿hace garabatos con un crayón (crayola) o lápiz? | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿construye por si solo una torre de dos o tres bloquitos o amontona tres juguetes pequeños uno sobre otro? | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿destornilla y atornilla tapas con rosca de frascos y botellas? | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿ayuda a pasar las páginas de un libro? (usted puede levantar la página para que él/ella la tome). | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿pasa las páginas de un libro para niños una por una? | 1 | 2 | 3 |

D. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

| D1. | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|-----------|--------------------------|-----------------------|
| a. Cuando está frente a un espejo grande, ¿trata de alcanzarlo para darle palmaditas al espejo?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. Antes de que usted le sonría o le hable a este niño, ¿se sonríe cuando le ve a usted cerca? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Juega con una muñeca o con un animalito de trapo abrazándolo?..... | 1 | 2 | 3 |

Ahora tengo algunas descripciones acerca de cómo pueden ser los bebés a la edad de este niño. Para cada descripción, por favor dígame si nunca es así, algunas veces es así, es así la mayor parte del tiempo, o antes era así.

| D2. | NUNCA | ALGUNAS VECES | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO | ERA ASÍ |
|---|--------------|--------------------------|--|--------------------|
| a. ¿Es con frecuencia irritable o quisquilloso?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. ¿Pasa fácilmente de un lloriqueo a un llanto intenso?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. ¿Demanda su atención y compañía constantemente? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. ¿Necesita mucha ayuda para quedarse dormido (Ej.: mecidas, largas caminatas, caricias en la cabeza, vueltas en auto, etc.)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. ¿No puede esperar que le den comida o juguetes sin llorar o gemir?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. ¿Se resiste, arranca, o retuerce si le acurrucan o abrazan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. ¿Parece inquieto o temeroso de las personas o situaciones nuevas?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. ¿Evita mirar a los ojos, vuelve la cabeza o la espalda si está cerca de la cara de una persona, prefiere objetos y juguetes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. ¿Despierta 3 o más veces en la noche y no puede volver a quedarse dormido?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

E. DESARROLLO COGNOSCITIVO

E1. Estas siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden ser o no verdaderas para este niño.

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|-----------|--------------------------|-----------------------|
| a. Cuando hay un juguete frente a él, ¿trata de alcanzarlo con las dos manos?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Juega dándole golpes a un juguete sobre el suelo o la mesa?..... | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Trata de tomar un juguete que está fuera de su alcance? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Pasa un juguete de una mano a otra una y otra vez? | 1 | 2 | 3 |
| e. Después que él le ve a usted esconder un juguete pequeño debajo de un pedazo de papel o de tela, ¿este niño lo encuentra?..... | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Hace garabatos una y otra vez cuando usted le da un crayón (crayola), lápiz o lapicero? | 1 | 2 | 3 |

F. SALUD DEL NIÑO

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de este niño.

F1. En general, ¿diría usted que la salud de este niño es...

| | |
|------------------|---|
| excelente, | 1 |
| muy buena, | 2 |
| buena, | 3 |
| regular, o..... | 4 |
| mala? | 5 |
| REFUSED..... | 6 |
| DON'T KNOW | 7 |

F2. ¿Tiene usted alguna preocupación o inquietud de que este niño...

CDI

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Tenga problemas para ver? | 1 | 2 |
| b. ¿Tenga problemas para oír? | 1 | 2 |
| c. ¿Tenga problemas de salud? | 1 | 2 |
| d. ¿Sea torpe para hacer cosas con las manos? | 1 | 2 |
| e. ¿Sea tímido, temeroso, o se preocupe mucho?..... | 1 | 2 |
| f. ¿Se sienta infeliz, llore o gima mucho?, o que..... | 1 | 2 |
| g. ¿Sea demasiado agresivo? | 1 | 2 |

G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA

Quisiéramos que nos diera su opinión acerca de las preguntas que acaba de responder. Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su experiencia al completar el cuestionario.

G1. ¿Hubo alguna pregunta difícil de responder?

- SÍ 1
- NO 2

SI “SÍ”, POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ PREGUNTAS FUERON DIFÍCILES DE RESPONDER Y POR QUÉ.

G2. ¿Hay alguna otra cosa que les deberíamos preguntar a los maestros acerca del comportamiento o actividades de los niños del estudio?

- SÍ 1
- NO 2

SI “SÍ”, POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ OTRA NECESITAMOS INCLUIR Y POR QUÉ.

G3. En general, ¿cuál es su reacción a la entrevista?

G4. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que eran especialmente importantes que hiciéramos?

G5. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que no eran importantes que hiciéramos?

G6. ¿Hubo algunas preguntas que a usted le incomodaron o que pensó que eran muy personales?

G7. ¿Hubo alguna información que no preguntamos, y que usted piensa que sería importante preguntar?

G8. ¿Tiene usted alguna sugerencia de cómo hacer la investigación en los centros Head Start para Familias Migrantes y de Temporada? [Por ejemplo: ¿maneras de hacer las preguntas, información que se debe obtener, quienes son buenas fuentes de información?]

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!



Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada

Suplemento de la Entrevista del Maestro

Salones de Clases con Niños Pequeños Desde 13 a 24 Meses de Edad

Child ID number: _____

Child name: _____

Birth date: ____/____/____

Child gender (*circle*): F M

Nombre de la Agencia/Programa : _____

Nombre del Centro MSHS : _____ Dirección el Centro: _____

Nombre/Identificación del Salón de Clases: _____

Fecha completada: _____ Entrevistador: _____

**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para
Familias Migrantes y de Temporada
SUPLEMENTO de la Entrevista del Maestro: Salones de Clases con Niños Pequeños
Desde 13 a 24 Meses de Edad**

INSTRUCCIONES

AL TERMINAR LA ENTREVISTA DEL MAESTRO, SI EL MAESTRO TIENE NIÑOS EN EL SALÓN DE CLASES ENTRE 13 Y 24 MESES DE EDAD QUE ESTÁN SELECCIONADOS PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y HAY UN CONSENTIMIENTO FIRMADO DE LOS PADRES, CONTINÚE CON ESTA ENTREVISTA. NOTA: DEBE HABER UN SUPLEMENTO PARA CADA NIÑO DE ESTA EDAD QUE ESTÉ PARTICIPANDO EN EL PROYECTO.

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de cada niño de su salón de clases que tenga entre 13 y 24 meses de edad y que haya sido seleccionado para el estudio.

SELECCIONE AL PRIMER NIÑO DE LA LISTA QUE VAYA DESDE 13 HASTA 24 MESES DE EDAD.

Esta entrevista será para _____ [NOMBRE DEL NIÑO DEL ESTUDIO] que tiene:___ meses de edad (VERIFIQUE DE LA LISTA). Esta entrevista debería tomar más o menos 15 minutos de su tiempo.

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ mm/dd/aa. En este momento el niño tiene____
meses de edad.

Nombre del Centro MSHS: _____ Nombre/ID del Salón: _____

Nombre del Maestro: _____

ÍNDICE

A. LENGUAJE`
B. DESARROLLO MOTOR5
C. DESARROLLO MOTOR FINO6
D. DESARROLLO COGNOSCITIVO7
E. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL9
F. SALUD DEL NIÑO.....11
G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA.....12

A. LENGUAJE

A1. En general, ¿cuál de lo siguiente describe mejor la forma en que se comunica este niño?

- Principalmente habla en frases de una sola palabra, tales como "leche", o "arriba" 1
- Habla en frases de 2 ó 3 palabras, tales como "dame muñeca" o "dame pelota" 2
- Habla en frases bastante completas y cortas, tales como "yo tengo la muñeca" o "¿puedo ir afuera"? 3
- Habla en oraciones largas y complejas, tales como "cuando fuimos al parque, yo fui a los columpios" o "yo vi un hombre parado en la esquina" 4
- ESTE NIÑO NO DICE PALABRAS TODAVÍA..... 5

A2.

Esta es una lista de actividades que los niños pueden hacer en diferentes momentos, cuando tienen entre dos y tres años de edad. Este niño puede que ya haya hecho algunas de las actividades descritas aquí, y puede que haya algunas que él/ella no ha empezado a hacer todavía. Por favor haga un círculo alrededor del 1 "Sí" para cada actividad que el niño ya ha empezado a hacer o es capaz de hacerla consistentemente. Si el niño puede hacer la actividad, pero no siempre es capaz de hacerla, haga un círculo alrededor del 2 "ALGUNAS VECES". Si este niño no ha hecho todavía la actividad haga un círculo alrededor del 3 "NO TODAVÍA". Recuerde que hay preguntas que son acerca de actividades para niños menores y mayores que el niño del estudio.

(MARQUE CADA OPCIÓN ABAJO)

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|-----------|----------------------|-------------------|
| a. ¿Hace dos sonidos similares tales como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (Él o ella puede que haga estos sonidos sin referirse a ningún objeto o persona en particular)..... | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Dice una palabra además de "mamá" y "tata"? (Una palabra es un sonido que el niño hace consistentemente para referirse a alguien o a algo, tal como "bibi" por botella.)..... | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Habla en forma atropellada o sin que se le entienda, o hace sonidos como si estuviera diciendo una frase? ¿O lo hacía antes? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Sigue una instrucción simple, tal como "ven acá", "dámelo", o "ponlo de vuelta", sin que usted le haga los gestos? | 1 | 2 | 3 |

e. Cuando quiere algo, ¿dice lo que quiere *apuntando*? 1 2 3

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|----|------------------|---------------|
| f. ¿Mueve la cabeza cuando quiere decir “no” o “sí”? | 1 | 2 | 3 |
| g. Cuando usted se lo pide, ¿va a otra habitación a buscar un juguete u objeto conocido? Usted puede que le diga: ¿Dónde está tu pelota?”, o diga; “Tráeme tu abrigo”, o “Anda a buscar tu sabanita” | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Dice cuatro o más palabras además de “Mamá” y “Tata”? | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿Señala, le da palmaditas, o trata de agarrar los dibujos de un libro? | 1 | 2 | 3 |
| j. ¿Usa al menos 10 palabras? | 1 | 2 | 3 |
| k. ¿Imita una frase corta de dos o tres palabras? Por ejemplo, cuando usted dice “La mamá come,” “El papá juega,” “Anda a la casa,” o “¿Qué es esto?”, ¿le repite estas palabras a usted? (Marque “Sí” aunque sea difícil entender las palabras que el niño dice.) | 1 | 2 | 3 |
| l. Si usted señala un dibujo de una pelota, gatito, taza, sombrero, etc. y le pregunta; “¿Qué es esto?”, ¿le contesta el <i>nombre</i> correcto de por lo menos uno de los dibujos? | 1 | 2 | 3 |
| m. ¿Pide “más” u “otro más”? | 1 | 2 | 3 |
| n. ¿Le pasa a usted un juguete cuando se lo pide? | 1 | 2 | 3 |
| o. Cuando usted le pide que señale la nariz, pelo, pies, orejas, y así sucesivamente, ¿señala él/ella correctamente al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? (Él/Ella puede señalar partes de sí mismo(a), usted, o una muñeca.) | 1 | 2 | 3 |
| p. ¿Hace preguntas que empiezan por “¿Por qué?”, “¿Cuándo?”, y “¿Cómo”? | 1 | 2 | 3 |
| q. ¿Usa correctamente al menos 2 palabras tales como “mí”, o “yo”, o “mío” y “tú”? | 1 | 2 | 3 |
| r. ¿Hace frases de 3 ó 4 palabras? | 1 | 2 | 3 |

Queremos saber cómo aprenden los niños inglés y español.

SI EL NIÑO HABLA ESPAÑOL SOLAMENTE, SIGA A A3b

A3a. Abajo hay una lista de palabras en inglés que los niños dicen a veces a diferentes edades.
ECLS- Para cada palabra, por favor dígame “SÍ” si este niño puede decirla, o “NO” si no la puede
B/ decir. Marque “SÍ” si usa otra palabra para decir lo mismo o la pronuncia diferente, tal como
/CDI “Nana” para “grandma” o “dollie” para “doll”. No necesitamos saber cómo la dice.

| | YES | NO |
|--------------|------------|-----------|
| a. Meow | 1 | 2 |
| b. Shoe | 1 | 2 |
| c. Mommy | 1 | 2 |
| d. Fast | 1 | 2 |
| e. Uh oh | 1 | 2 |
| g. Chin | 1 | 2 |
| h. Bye | 1 | 2 |
| i. Hot | 1 | 2 |
| j. Bear | 1 | 2 |
| k. Hand | 1 | 2 |
| l. No | 1 | 2 |
| m. Tiny | 1 | 2 |
| n. Cat | 1 | 2 |
| o. Thank you | 1 | 2 |
| p. Hug | 1 | 2 |
| q. Them | 1 | 2 |
| r. Under | 1 | 2 |
| s. Juice | 1 | 2 |
| t. Book | 1 | 2 |

A3b. Abajo hay una lista de palabras en español que los dicen a veces a diferentes edades. Para
ECLS- cada palabra, por favor dígame “SÍ” si este niño puede decirla, o “NO” si no la puede decir.
B/ Marque “SÍ” si usa otra palabra para decir lo mismo o la pronuncia diferente, tal como “Lita”
/CDI para “abuelita” o “meneca” para “muñeca”. No necesitamos saber cómo la dice.

| | SÍ | NO |
|-----------|-----------|-----------|
| a. Miau | 1 | 2 |
| b. Zapato | 1 | 2 |
| c. Mamy | 1 | 2 |
| d. Rápido | 1 | 2 |
| e. Ay | 1 | 2 |
| g. Barba | 1 | 2 |
| h. Adiós | 1 | 2 |

| | | |
|-------------|---|---|
| i. Caliente | 1 | 2 |
| j. Oso | 1 | 2 |
| k. Mano | 1 | 2 |
| l. No | 1 | 2 |
| m. Chico | 1 | 2 |
| n. Gato | 1 | 2 |
| o. Gracias | 1 | 2 |
| p. Abrazo | 1 | 2 |
| q. Ellos | 1 | 2 |
| r. Abajo | 1 | 2 |
| s. Jugo | 1 | 2 |
| t. Libro | 1 | 2 |

A4. Para hablar acerca de actividades, a veces agregamos “ando” o “endo” a los verbos. Los ejemplos incluyen “mirando”, “corriendo”, y “llorando”. ¿Ha empezado a hacer esto este niño?

SÍ 1
NO 2

A5. Para hablar de cosas que han sucedido en el pasado, frecuentemente agregamos “ado” o “ada” al verbo. Los ejemplos incluyen “besado”, “bailado”, y “empujado”. ¿Ha empezado a hacer esto este niño?

SÍ 1
NO 2

B. DESARROLLO MOTOR

Las siguientes preguntas son acerca del desarrollo físico y capacidades del niño.

| B1 | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|-----------|--------------------------|-----------------------|
| a. ¿Se ha parado solo por 10 segundos o más sin sujetarse de ninguna cosa u otra persona?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. Si usted le sostiene las dos manos para que se equilibre solamente, ¿da varios pasos sin tropezarse o caerse? (Si este niño ya puede caminar solo, marque "Sí"). | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Camina a lo largo de un mueble mientras se sujeta con una mano solamente?..... | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Ha caminado al menos 2 pasos sujeto de una mano o sujetándose de algo? | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Se puede parar solo en medio del suelo y dar varios pasos hacia delante? | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Puede caminar solo, dar 3 o más pasos sin ninguna ayuda o apoyo?..... | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿Se agacha o encucilla para recoger un objeto del suelo y después se endereza nuevamente sin apoyo?..... | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Camina bien y pocas veces se cae? | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿Baja las escaleras si usted le sostiene de una mano? (Usted puede observar esto en una tienda, un patio de recreo, o en la casa). | 1 | 2 | 3 |
| j. ¿Corre bastante bien, deteniéndose él/ella mismo(a) sin chocar con cosas o sin caerse?..... | 1 | 2 | 3 |
| k. ¿Salta levantando los dos pies del suelo al mismo tiempo? | 1 | 2 | 3 |

C. DESARROLLO MOTOR FINO

Las siguientes preguntas son acerca de cosas específicas que el niño posiblemente puede hacer.

| C1. | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|-----------|--------------------------|-----------------------|
| a. ¿Puede recoger un objeto con una mano?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Puede sujetar dos objetos al mismo tiempo, uno en cada mano? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Puede recoger objetos pequeños tales como un pedacito de cereal seco usando el dedo pulgar y otro dedo? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Puede hacer garabatos con un crayón (crayola) o lápiz? | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Puede construir sin ayuda una torre de dos o tres bloquitos o amontonar tres juguetes pequeños uno sobre otro? | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Puede destornillar y atornillar tapas con rosca de frascos y botellas? | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿Puede dar vuelta las páginas de un libro para niños una por una? | 1 | 2 | 3 |

D. DESARROLLO COGNOSCITIVO

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños pueden hacer a diferentes edades. Estas cosas pueden o no ser verdaderas para este niño.

D1. ¿Puede reconocer...

| | |
|-------------------------------------|---|
| Todas las letras del alfabeto,..... | 1 |
| La mayoría de ellas, | 2 |
| Algunas de ellas, o | 3 |
| Ninguna de ellas? | 4 |

D2. ¿Hasta cuánto puede contar? ¿Diría usted que...

| | |
|-------------------------|---|
| Nada, | 1 |
| Hasta cinco,..... | 2 |
| Hasta diez,..... | 3 |
| Hasta veinte,..... | 4 |
| Hasta cincuenta, o..... | 5 |
| Hasta 100 o más? | 6 |

D3. ¿Puede abotonarse la ropa?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

D4. ¿Puede agarrar el lápiz en forma correcta?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

D5. ¿Con qué frecuencia a le gusta escribir o hacer como que escribe? ¿Diría usted que...

| | |
|------------------------------------|---|
| Nunca, | 1 |
| Lo ha hecho una o dos veces, | 2 |
| Algunas veces, o | 3 |
| Frecuentemente? | 4 |

D6. ¿Empezó a hablar más tarde que otros niños que usted conoce? (SE REFIERE AL IDIOMA PRIMARIO)

- SÍ 1
- NO 2

D7. ¿Mira alguna vez un libro con ilustraciones y hace como que lee?

SÍ 1
NO 2

D8. ¿Reconoce su propio nombre si lo ve escrito a mano o impreso?

SÍ 1
NO 2

D9. ¿Puede identificar los colores rojo, amarillo, azul, y verde por sus nombres? ¿Diría usted que...

Todos ellos, 1
Algunos de ellos, o 2
Ninguno de ellos? 3

E. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

| E1. | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|----|------------------|---------------|
| a. Cuando está frente a un espejo grande, ¿trata de alcanzarlo para darle palmaditas al espejo?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. Antes de que usted le sonrío o le hable, ¿este niño se sonrío cuando le ve a usted cerca? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Juega este niño con una muñeca o con un animalito de trapo abrazándolo? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Come por si solo con una cuchara, aunque se le caiga un poco de comida? | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Imita las actividades que usted hace, tal como barrer, afeitarse, peinarse, o limpiar algo que se derrama? | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Come este niño con tenedor? | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿Ha empezado este niño a jugar con otros niños (Ej.: con carritos, muñecas, o a construir?) | | | |

Ahora tengo algunas descripciones acerca de cómo pueden ser los niños a la edad de este niño. Para cada descripción, por favor dígame si este niño(a) nunca es así, algunas veces es así, es así la mayor parte del tiempo, o era así en el pasado.

| E2. | NUNCA | ALGUNAS VECES | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO | ERA ASÍ |
|--|-------|------------------|---------------------------------|------------|
| a. ¿Es con frecuencia irritable o quisquilloso?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. ¿Pasa fácilmente de un lloriqueo a un llanto intenso? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. ¿Demanda su atención y compañía constantemente?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. ¿Necesita mucha ayuda para quedarse dormido (Ej.: mecidas, largas caminatas, caricias en la cabeza, vueltas en auto, etc.)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. ¿No puede esperar que le den comida o juguetes sin llorar o gemir?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. ¿Se resiste, arranca, o retuerce si le acurrucan o abrazan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. ¿Parece inquieto o temeroso de las personas o situaciones nuevas?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

E2.continuación

| | NUNCA | ALGUNAS VECES | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO | ERA ASÍ |
|---|--------------|--------------------------|--|--------------------|
| h. ¿Evita mirar a los ojos, vuelve la cabeza o la espalda si está cerca de la cara de una persona, prefiere objetos y juguetes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. ¿Despierta 3 o más veces en la noche y no puede volver a quedarse dormido? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. ¿Le dan rabietas (severas y frecuentes)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. ¿Camina pesadamente – se cae, tiene poco equilibrio, choca contra las cosas? | 1 | 2 | 3 | 4 |

F. SALUD DEL NIÑO

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de este niño.

F1. En general, ¿diría usted que la salud de este niño es...

| | |
|------------------|---|
| Excelente, | 1 |
| muy buena, | 2 |
| buena, | 3 |
| regular, o..... | 4 |
| mala? | 5 |
| REFUSED..... | 7 |
| DON'T KNOW | 8 |

F2. ¿Tiene usted alguna preocupación o inquietud de que este niño...

CDI

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. ¿Tenga problemas para ver? | 1 | 2 |
| b. ¿Tenga problemas para oír? | 1 | 2 |
| c. ¿Tenga problemas de salud? | 1 | 2 |
| d. ¿Sea torpe para hacer cosas con las manos? | 1 | 2 |
| e. ¿Sea tímido temeroso, o se preocupe mucho?..... | 1 | 2 |
| f. ¿Se sienta infeliz, llore o gima mucho?, o que | 1 | 2 |
| g. ¿Sea demasiado agresivo? | 1 | 2 |

G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA

Quisiéramos que nos diera su opinión acerca de las preguntas que acaba de responder. Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su experiencia al completar el cuestionario.

G1. ¿Hubo alguna pregunta difícil de responder?

SÍ 1
NO 2

SI "SÍ", POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ PREGUNTAS FUERON DIFÍCILES DE RESPONDER Y POR QUÉ.

G2. ¿Hay alguna otra cosa que les deberíamos preguntar a los maestros acerca del comportamiento o actividades de los niños del estudio?

SÍ 1
NO 2

SI "SÍ", POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ OTRA NECESITAMOS INCLUIR Y POR QUÉ.

¿Alguna otra cosa? _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!



Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para Familias Migrantes y de Temporada

Suplemento de la Entrevista del Maestro

Salones de Clases con Niños Pequeños Desde 25 a 36 Meses de Edad

Child ID number: _____

Child name: _____

Birth date: ____/____/____

Child gender (*circle*): F M

Nombre de la Agencia/Programa : _____

Nombre del Centro MSHS : _____ Dirección el Centro: _____

Nombre/Identificación del Salón de Clases: _____

Fecha completada: _____ Entrevistador: _____

**Proyecto para Desarrollar el Diseño del Estudio de Head Start para
Familias Migrantes y de Temporada
SUPLEMENTO de la Entrevista del Maestro: Salones de Clases con Niños Pequeños
Desde 25 a 36 Meses de Edad**

INSTRUCCIONES

AL TERMINAR LA ENTREVISTA DEL MAESTRO, SI EL MAESTRO TIENE NIÑOS EN EL SALÓN DE CLASES ENTRE 25 Y 36 MESES DE EDAD QUE ESTÁN SELECCIONADOS PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y HAY UN CONSENTIMIENTO FIRMADO DE LOS PADRES, CONTINÚE CON ESTA ENTREVISTA. NOTA: DEBE HABER UN SUPLEMENTO PARA CADA NIÑO DE ESTA EDAD QUE ESTÉ PARTICIPANDO EN EL PROYECTO.

Le voy a hacer algunas preguntas acerca de cada niño de su salón de clases que tenga entre 25 y 36 meses de edad y que haya sido seleccionado para el estudio.

SELECCIONE AL PRIMER NIÑO DE LA LISTA QUE VAYA DESDE 25 HASTA 36 MESES DE EDAD.

Esta entrevista será para _____ [NOMBRE DEL NIÑO DEL ESTUDIO] que tiene:___ meses de edad (VERIFIQUE DE LA LISTA). Esta entrevista debería tomar más o menos 15 minutos de su tiempo.

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ mm/dd/aa. En este momento el niño tiene _____ meses de edad.

Nombre del Centro MSHS: _____ Nombre/ID del Salón: _____

Nombre del Maestro: _____

ÍNDICE

A. LENGUAJE 1
B. DESARROLLO MOTOR 5
C. DESARROLLO MOTOR FINO 6
D. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL 7
E. DESARROLLO COGNOSCITIVO 9
F. SALUD DEL NIÑO 11
G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA..... 12

A. LENGUAJE

A1. En general, ¿cuál de lo siguiente describe mejor la forma en que se comunica este niño?

- Principalmente habla en frases de una sola palabra, tales como "leche", o "arriba" 1
- Habla en frases de 2 ó 3 palabras, tales como "dame muñeca" o "dame pelota" 2
- Habla en frases bastante completas y cortas, tales como "yo tengo la muñeca" o "¿puedo ir afuera"? 3
- Habla en oraciones largas y complejas, tales como "cuando fuimos al parque, yo fui a los columpios" o "yo vi un hombre parado en la esquina" 4
- ESTE NIÑO NO DICE PALABRAS TODAVÍA..... 5

A2.

Esta es una lista de actividades que los niños pueden hacer en diferentes momentos, cuando tienen entre dos y tres años de edad. Este niño puede que ya haya hecho algunas de las actividades descritas aquí, y puede que haya algunas que él/ella no ha empezado a hacer todavía. Por favor haga un círculo alrededor del 1 "SÍ" para cada actividad que el niño ya ha empezado a hacer o es capaz de hacerla consistentemente. Si el niño puede hacer la actividad, pero no siempre es capaz de hacerla, haga un círculo alrededor del 2 "ALGUNAS VECES". Si este niño no ha hecho todavía la actividad haga un círculo alrededor del 3 "NO TODAVÍA". Recuerde que hay preguntas que son acerca de actividades para niños menores y mayores que el niño del estudio.

(MARQUE CADA OPCIÓN ABAJO)

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|-----------|----------------------|-------------------|
| a. ¿Sigue una instrucción simple, tal como "ven acá", "dámelo", o "ponlo de vuelta", sin que usted le haga los gestos? | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Señala, le da palmaditas, o trata de agarrar los dibujos de un libro? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Dice cuatro o más palabras además de "Mamá" y "Tata"? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Usa al menos 10 palabras? | 1 | 2 | 3 |

- e. ¿Imita una frase corta de dos o tres palabras? Por ejemplo, cuando usted dice “La mamá come,” “El papá juega,” “Anda a la casa,” o “¿Qué es esto?”, ¿le repite estas palabras a usted? (Marque “SÍ” aunque sea difícil entender las palabras que el niño dice.) 1 2 3

(Continuación)

| | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|----|------------------|---------------|
| f. Cuando usted se lo pide, ¿va este niño a otra habitación a buscar un juguete u objeto conocido? Usted puede que le diga: ¿Dónde está tu pelota?, o diga; “Tráeme tu abrigo”, o “Anda a buscar tu sabanita” | 1 | 2 | 3 |
| g. Si usted señala un dibujo de una pelota, gatito, taza, sombrero, etc. y le pregunta a; “¿Qué es esto?”, ¿le contesta el <i>nombre</i> correcto de por lo menos uno de los dibujos? | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Identifica al menos un color por el nombre correctamente? | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿Usa correctamente al menos dos palabras tales como “mí”, “yo” “mío” y “tú”? | 1 | 2 | 3 |
| j. Cuando usted le pide que señale la nariz, pelo, pies, orejas, y así sucesivamente, ¿señala él/ella correctamente al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? (Él puede señalar partes de sí mismo(a), usted, o una muñeca.) | 1 | 2 | 3 |
| k. ¿Hace frases de tres o cuatro palabras? | 1 | 2 | 3 |
| l. Cuando usted le pregunta al niño, “¿Cómo te llamas?”, ¿le dice el niño su nombre y apellido? | 1 | 2 | 3 |
| m. Habla en tiempo pasado correctamente, por ejemplo, dice “Yo jugué con Pedro”, “yo hice”, “nosotros fuimos”. | 1 | 2 | 3 |
| n. ¿Usa las palabras “no sé”, “no puedo”, o “no quiero”? | 1 | 2 | 3 |
| o. ¿Pregunta el significado de las palabras? | 1 | 2 | 3 |
| p. ¿Canta canciones sencillas? | 1 | 2 | 3 |
| q. ¿Da razones para las cosas, usando la palabra “porque”? | 1 | 2 | 3 |
| r. ¿Hace preguntas empezando con “¿Por qué?”, “¿Cuándo?”, o “¿Cómo?” | 1 | 2 | 3 |
| s. ¿Usa 50 o más palabras diferentes en las conversaciones de todos los días? | 1 | 2 | 3 |
| t. ¿Dice el alfabeto, en orden, sin ayuda? | 1 | 2 | 3 |

We want to know how children learn English and Spanish.

SI EL NIÑO HABLA ESPAÑOL SOLAMENTE, SIGA A A3b

A3a. Abajo hay una lista de palabras en inglés que los niños dicen a veces a diferentes edades.
ECLS- Para cada palabra, por favor dígame “SÍ” si este niño puede decirla, o “NO” si no la puede
B/ decir. Marque “SÍ” si usa otra palabra para decir lo mismo o la pronuncia diferente, tal como
/CDI “Nana” para “grandma” o “dollie” para “doll”. No necesitamos saber cómo la dice.

| | YES | NO |
|--------------|------------|-----------|
| a. Meow | 1 | 2 |
| b. Shoe | 1 | 2 |
| c. Mommy | 1 | 2 |
| d. Fast | 1 | 2 |
| e. Uh oh | 1 | 2 |
| g. Chin | 1 | 2 |
| h. Bye | 1 | 2 |
| i. Hot | 1 | 2 |
| j. Bear | 1 | 2 |
| k. Hand | 1 | 2 |
| l. No | 1 | 2 |
| m. Tiny | 1 | 2 |
| n. Cat | 1 | 2 |
| o. Thank you | 1 | 2 |
| p. Hug | 1 | 2 |
| q. Them | 1 | 2 |
| r. Under | 1 | 2 |
| s. Juice | 1 | 2 |
| t. Book | 1 | 2 |

A3b. Abajo hay una lista de palabras en español que los dicen a veces a diferentes edades. Para
ECLS- cada palabra, por favor dígame “SÍ” si este niño puede decirla, o “NO” si no la puede decir.
B/ Marque “SÍ” si usa otra palabra para decir lo mismo o la pronuncia diferente, tal como “Lita”
/CDI para “abuelita” o “meneca” para “muñeca”. No necesitamos saber cómo la dice.

| | SÍ | NO |
|-----------|-----------|-----------|
| a. Miau | 1 | 2 |
| b. Zapato | 1 | 2 |
| c. Mamy | 1 | 2 |
| d. Rápido | 1 | 2 |
| e. Ay | 1 | 2 |
| g. Barba | 1 | 2 |

| | | |
|-------------|---|---|
| h. Adiós | 1 | 2 |
| i. Caliente | 1 | 2 |
| j. Oso | 1 | 2 |
| k. Mano | 1 | 2 |
| l. No | 1 | 2 |
| m. Chico | 1 | 2 |
| n. Gato | 1 | 2 |
| o. Gracias | 1 | 2 |
| p. Abrazo | 1 | 2 |
| q. Ellos | 1 | 2 |
| r. Abajo | 1 | 2 |
| s. Jugo | 1 | 2 |
| t. Libro | 1 | 2 |

A4. Para hablar acerca de actividades, a veces agregamos “ando” o “endo” a los verbos. Los ejemplos incluyen “mirando”, “corriendo”, y “llorando”. ¿Ha empezado a hacer esto este niño?

SÍ 1
NO 2

A5. Para hablar de cosas que han sucedido en el pasado, frecuentemente agregamos “ado” o “ada” al verbo. Los ejemplos incluyen “besado”, “bailado”, y “empujado”. ¿Ha empezado a hacer esto este niño?

SÍ 1
NO 2

B. DESARROLLO MOTOR

Las siguientes preguntas son acerca del desarrollo físico y capacidades del niño.

| B1 | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|---|-----------|--------------------------|-----------------------|
| a. ¿Se puede parar solo en medio del suelo y da varios pasos hacia delante? | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Se agacha o encucilla para recoger un objeto del suelo y después se endereza nuevamente sin apoyo? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Camina bien y pocas veces se cae? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Baja las escaleras si usted le sujeta de una mano? (Usted puede observar esto en una tienda, un patio de recreo, y en la casa)..... | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Corre bastante bien, deteniéndose él mismo sin chocar con cosas o sin caerse?..... | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Salta levantando los dos pies del suelo al mismo tiempo?..... | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿Sube y baja por si solo al menos dos escalones o peldaños? (Marque "Sí", aunque el niño se sujete de los muros o barandas) | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Se para en un pie por 1 segundo más o menos sin apoyarse?..... | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿Le da un puntapié a una pelota? | 1 | 2 | 3 |
| j. ¿Lanza, o tira, una pelota mientras está parado? | 1 | 2 | 3 |
| k. ¿Muestra buen equilibrio y coordinación en actividades de juegos físicos tales como correr, trepar, y saltar? | 1 | 2 | 3 |

C. DESARROLLO MOTOR FINO

| C1 | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|----|------------------|---------------|
| a. ¿Hace una marca en el papel con la PUNTA de un crayón (crayola) (o lápiz o papel) cuando trata de dibujar? | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Se lleva una cuchara a la boca con el lado correcto hacia arriba de manera que la comida normalmente no se le cae? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Mueve o aprieta los interruptores de la luz para apagarlos y encenderlos? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Pasa las páginas de un libro, una por una? | 1 | 2 | 3 |

D. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL

| D1. | SÍ | ALGUNAS VECES | NO TODAVÍA |
|--|----|------------------|---------------|
| a. ¿Juega con una muñeca o con un animalito de trapo abrazándolo?..... | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Come por sí solo con una cuchara, aunque se le caiga un poco de comida? | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Imita las actividades que usted hace, tal como barrer, afeitarse, peinarse, o limpiar algo que se derrama? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Se pone sin ayuda un abrigo, chaqueta o camisa?..... | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Come con tenedor? | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Juega con otros niños, haciendo cosas CON ellos? | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿Muestra afecto; da abrazos y besos?..... | 1 | 2 | 3 |

AHORA tengo algunas descripciones acerca de cómo pueden ser los niños a la edad de este niño. Para cada descripción, por favor dígame si este niño(a) nunca es así, algunas veces es así, es así la mayor parte del tiempo, o antes era así.

| D2. | NUNCA | ALGUNAS VECES | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO | ERA ASÍ |
|--|-------|------------------|---------------------------------|------------|
| a. ¿Es con frecuencia irritable o quisquilloso?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. ¿Pasa fácilmente de un lloriqueo a un llanto intenso? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. ¿Demanda su atención y compañía constantemente? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. ¿Necesita mucha ayuda para quedarse dormido (Ej.: mecidas, largas caminatas, caricias en la cabeza, vueltas en auto, etc.)?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. ¿No puede esperar que le den comida o juguetes sin llorar o gemir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. ¿Se resiste, arranca, o retuerce si le acurrucan o abrazan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. ¿Parece inquieto o temeroso de las personas o situaciones nuevas?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. ¿Evita mirar a los ojos, vuelve la cabeza o la espalda si está cerca de la cara de una persona, prefiere objetos y juguetes?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. ¿Despierta 3 o más veces en la noche y no puede volver a quedarse dormido? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. ¿Le dan rabieta (severas y frecuentes)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. ¿Camina pesadamente – se cae, tiene poco equilibrio, choca contra las cosas?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

D3. En general, pensando acerca de este niño ahora o durante el mes pasado, dígame qué tan bien describen las siguientes descripciones el comportamiento usual de este niño. Para cada una, dígame si es muy verdadera o frecuentemente verdadera, algo o algunas veces verdadera, o no es verdadera.

| | Muy Verda- dera o Fre- cuentemente <u>Verdadera</u> | Algo o Algunas Veces <u>Verdadera</u> | No es <u>Verdadera</u> |
|--|--|--|---------------------------|
| a. ¿No se puede concentrar o prestar atención por mucho rato? | 1 | 2 | 3 |
| b. ¿Es muy inquieto, y se mueve mucho?..... | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿Le gusta intentar cosas nuevas?..... | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿Se siente infeliz, triste, o deprimido?..... | 1 | 2 | 3 |
| e. ¿Consuela o ayuda a otros?..... | 1 | 2 | 3 |
| f. ¿Le pega o pelea con otros? | 1 | 2 | 3 |
| g. ¿No se lleva bien con otros niños?..... | 1 | 2 | 3 |
| h. ¿Tiene dificultad para cambiar de una actividad a otra?..... | 1 | 2 | 3 |
| i. ¿Es muy nervioso, o tenso? | 1 | 2 | 3 |

E. DESARROLLO COGNOSCITIVO

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden o no ser verdaderas para este niño.

E1. ¿Puede reconocer...

| | |
|-------------------------------------|---|
| Todas las letras del alfabeto,..... | 1 |
| La mayoría de ellas, | 2 |
| Algunas de ellas, o | 3 |
| Ninguna de ellas?..... | 4 |

E2. ¿Hasta cuánto puede contar? ¿Diría usted que...

| | |
|-------------------------|---|
| Nada, | 1 |
| Hasta cinco,..... | 2 |
| Hasta diez,..... | 3 |
| Hasta veinte,..... | 4 |
| Hasta cincuenta, o..... | 5 |
| Hasta 100 o más? | 6 |

E3. ¿Puede abotonarse la ropa?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

E4. ¿Puede agarrar el lápiz en forma correcta?

| | |
|----------|---|
| SÍ | 1 |
| NO | 2 |

E5. ¿Con qué frecuencia le gusta escribir o hacer como que escribe? ¿Diría usted que...

| | |
|------------------------------------|---|
| Nunca, | 1 |
| Lo ha hecho una o dos veces, | 2 |
| Algunas veces, o | 3 |
| Frecuentemente? | 4 |

E6. ¿Puede escribir su nombre aunque algunas letras estén al revés?

SÍ 1
NO 2

E7. ¿Tropieza, se tambalea, o se cae fácilmente?

SÍ 1
NO 2

E8. Cuando habla, ¿le comprende una persona que no lo conoce?

SÍ 1
NO 2

E9. ¿Empezó a hablar más tarde que otros niños que usted conoce? (SE REFIERE AL IDIOMA PRIMARIO))

SÍ 1
NO 2

E10. ¿Tartamudea este niño?

SÍ 1
NO 2

E11. ¿Mira alguna vez un libro con ilustraciones y hace como que lee?

SÍ 1
NO 2

E12. ¿Reconoce su propio nombre si lo ve escrito a mano o impreso?

SÍ 1
NO 2

E13. ¿Puede identificar los colores rojo, amarillo, azul, y verde por sus nombres? ¿Diría usted que...

- Todos ellos, 1
- Algunos de ellos, o 2
- Ninguno de ellos? 3

F. SALUD DEL NIÑO

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de este niño.

F1. En general, ¿diría usted que la salud de este niño es...

| | |
|------------------|---|
| excelente, | 1 |
| muy buena, | 2 |
| buena, | 3 |
| regular, o..... | 4 |
| mala? | 5 |
| REFUSED..... | 7 |
| DON'T KNOW | 8 |

F2. ¿Tiene usted alguna preocupación o inquietud de que este niño...

CDI

| | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| a. ¿Tenga problemas para ver? | 1 | 2 |
| b. ¿Tenga problemas para oír? | 1 | 2 |
| c. ¿Tenga problemas de salud? | 1 | 2 |
| d. ¿Sea torpe para hacer cosas con las manos? | 1 | 2 |
| e. ¿Sea tímido, temeroso, o se preocupe mucho?..... | 1 | 2 |
| f. ¿Se sienta infeliz, llore o gima mucho?, o que..... | 1 | 2 |
| g. ¿Sea demasiado agresivo? | 1 | 2 |

G. COMENTARIOS ACERCA DE ESTA ENTREVISTA

Quisiéramos que nos diera su opinión acerca de las preguntas que acaba de responder. Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su experiencia al completar el cuestionario.

G1. ¿Hubo alguna pregunta difícil de responder?

SÍ 1
NO 2

SI "SÍ", POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ PREGUNTAS FUERON DIFÍCILES DE RESPONDER Y POR QUÉ.

G2. ¿Hay alguna otra cosa que les deberíamos preguntar a los maestros acerca del comportamiento o actividades de los niños del estudio?

SÍ 1
NO 2

SI "SÍ", POR FAVOR EXPLIQUE QUÉ OTRA NECESITAMOS INCLUIR Y POR QUÉ

¿Algo más? _____

G3. En general, ¿cuál es su reacción a la entrevista?

G4. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que eran especialmente importantes que nosotros hiciéramos?

G5. ¿Hubo algunas preguntas que usted pensó que no eran importantes que nosotros hiciéramos?

G6. ¿Hubo algunas preguntas que a usted le incomodaron o que pensó que eran muy personales?

G7. ¿Hubo alguna información que no preguntamos, y que usted piensa que sería importante preguntar?

G8. ¿Tiene usted alguna sugerencia de cómo hacer la investigación en los Programas Migrantes y de Temporada de Head Start? [INDAGUE: maneras de hacer las preguntas, información que se debe obtener, quienes son buenas fuentes de información]

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!

