



The 2016



Los Angeles Mommy & Baby
Project **Follow-up Survey**

*Su Voz,
Sus Experiencias,
Nuestros Bebés y Mamás Saludables*



Para más información, o para completar la encuesta por teléfono, por favor llame gratuitamente al personal de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)

Información Importante Sobre LAMB Follow-Up Survey Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta

- El proyecto de Los Angeles Mommy and Baby (LAMB) Follow-Up Survey o la encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles.
- Está seleccionado porque ha respondido a la encuesta del 2014 de LAMB. Estamos pidiendo a todas las madres seleccionadas para responder a las mismas preguntas.
- Es su decisión si desea o no hacer la encuesta. El completar la encuesta, no afectara su cuidado médico, estado de inmigración, o cualquier ayuda que usted pueda estar recibiendo. Usted puede saltarse las preguntas que no quiera contestar.
- Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación. Al devolver la encuesta completada a nosotros, usted da su consentimiento para participar en el proyecto de LAMB Follow-Up Survey.
- Sus respuestas serán ligadas con las respuestas de la encuesta del 2014 de LAMB que usted proporcione para que podamos realizar un seguimiento de la forma en que usted y su hijo de 2 años de edad está haciendo ahora.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de esta encuesta será utilizado para ayudar a las madres y los bebés de Los Ángeles.
- Esto es un estudio en progreso. Guardaremos su nombre e información de contacto para contactarla durante los siguientes años en caso de que quiera participar en estudios en el futuro.

**Si tiene preguntas sobre LAMB Follow-Up Survey
o si prefiere completar la encuesta por teléfono, por favor llame
el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262) o por
correo electrónico a lamb2@ph.lacounty.gov**

Preguntas Más Comunes Sobre LAMB Follow-Up Survey

¿Qué es LAMB Follow-Up Survey?

Los Angeles Mommy and Baby (LAMB) Follow-Up Survey o la encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles. Usted puede recordar que le enviamos una encuesta en 2014 para preguntar acerca de usted y su bebé. Ahora que su bebé es de aproximadamente 2 años de edad, le enviamos una encuesta para averiguar cómo usted y su hijo de dos años de edad están haciendo. Si su hijo ya no vive con usted, sus respuestas todavía nos ayudan a aprender más sobre las formas de mejorar los programas y servicios para las futuras madres y los niños en el Condado de Los Ángeles.

¿Cómo fui escogida para participar en LAMB Follow-Up Survey?

LAMB Follow-Up Survey se envía sólo a las mujeres que anteriormente respondieron a nuestra encuesta de LAMB en 2012. Por lo tanto, usted es una de las mujeres en el Condado de Los Ángeles que fueron escogidos para que nos ayuden en este estudio.

¿Por qué debería participar en esta encuesta?

En la actualidad, el Condado de Los Ángeles no tiene información completa que une la salud de las madres, los bebés y niños de edad preescolar. Necesitamos su ayuda para conseguir una mejor información sobre los comportamientos relacionados con la salud de los niños pequeños y sus madres en el Condado de Los Ángeles. Para obtener una mejor imagen general de la salud de las madres y los niños pequeños en el Condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste las preguntas de la encuesta. De la información que usted nos da, podemos ser capaces de mejorar los servicios para las mujeres, los niños y las familias en el Condado de Los Ángeles. Su ayuda es muy importante para el éxito de nuestro proyecto.

¿Qué pasa si no quiero participar?

Si no desea participar, y ser contactado en el futuro, por favor no dude en hacernos saber llamándonos al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262) o por correo electrónico a lamb2@ph.lacounty.gov.

¿La información que proporciono a través de este estudio se comparte?

Todas sus respuestas se mantendrán privadas. Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres como tú.

¿Qué tipo de preguntas preguntan?

Hacemos preguntas sobre su salud y su hijo de dos años de edad. Algunas preguntas no parecen estar relacionada con su salud y la de su bebé. Otras preguntas pueden ser personales. Usted y las experiencias de su niño es único y importante. Al compartir su información, usted puede ayudar a otras madres, niños y familias en el Condado de Los Ángeles. Por favor recuerde que todas sus respuestas serán privadas. Sus respuestas a todas las preguntas son muy importantes para nosotros.

¿Cuánto tiempo dura la encuesta?

La encuesta en general tarda unos 20 minutos en completarse. Si usted desea hacer la encuesta por teléfono, se tarda unos 35 a 40 minutos.

Algunas de las preguntas no parecen estar relacionados con la salud, ¿por qué se les pide?

Muchas cosas en la vida de un niño o de la madre puede afectar la salud de la familia en general y el bienestar. Estas preguntas tratan de ofrecer una imagen más completa de la salud de las madres y los niños y las cosas que están sucediendo a ellos.

¿Puedo responder a esta encuesta por teléfono?

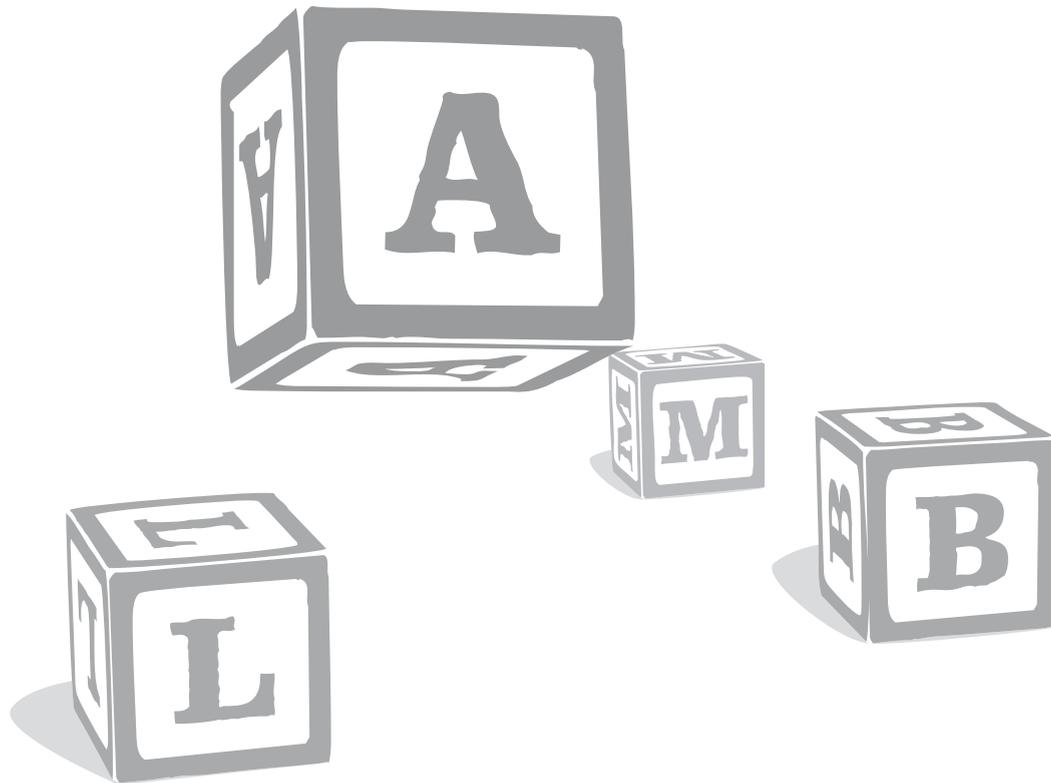
Si prefiere completar la encuesta por teléfono, por favor llame al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262).

¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea que le mandemos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB Follow-Up Survey?

Sería un placer contestar cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB Follow-Up Survey. Llámenos por favor a nuestro número gratis 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262) o por correo electrónico a lamb2@ph.lacounty.gov.



La fecha de hoy

____ / ____ / ____
Mes Día Año

Su fecha de nacimiento

____ / ____ / ____
Mes Día Año

En la primera parte de la encuesta, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre USTED, su salud y bienestar, y cómo se siente.

Las siguientes preguntas se refieren a su seguro médico, historial médico y el estado de salud.

1. ¿Tiene seguro médico **ahora**?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 5**

2. Si contestó sí, ¿qué tipo de seguro médico tiene?

Medi-Cal or Healthy Way LA 1

Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo o pareja 2

Seguro médico comprado de Covered California 3

Seguro médico **no** comprado de Covered California o de un trabajo 4

Seguro médico militar (TRICARE o Veterans (VA) Health Administration) 5

Otra 6

Por favor díganos: _____

No sé 89

3. ¿Cuánto es el suplemento de su seguro médico cada **mes**?

Menos de \$100 1

\$100 a \$299 2

\$300 a \$499 3

\$500 a \$999 4

\$1,000 o más 5

No sé 89

4. ¿Cuántos miembros de su familia están cubiertos por este suplemento médico?

Sólo yo 1 } **PASE A LA PREGUNTA 6**
O . . . ____ personas }

5. Si no, ¿cuáles son las razones por las que usted no tiene seguro médico? **Marque todas las que aplican.**

Elijo a pagar una multa de impuestos porque la prima es demasiado alta 1

Elijo a pagar una multa de impuestos por razones personales/creencias morales . . . 2

Estoy exento de mandato electoral individual 3

No califico de ningún programa de seguro de salud 4

Estoy en el proceso de aplicación o en espera de aprobación 5

Otro 6

Por favor díganos: _____

6. ¿En promedio, cuántos cigarrillos fuma al día **ahora**? (Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.)

Yo no fumo 1

Menos de un cigarrillo 2

1 a 5 cigarrillos 3

6 a 10 cigarrillos 4

11 a 20 cigarrillos 5

21 a 40 cigarrillos 6

41 cigarrillos o más 7

7. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de tabaco/nicotina? **SÍ NO**

- a. E-cigarrillos 1 0
- b. Vapes 1 0
- c. Mascando tabaco 1 0
- d. Parche de nicotina. 1 0
- e. Otro 1 0

Por favor díganos: _____

8. Durante los **últimos 30 días**, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de tiempo de dos horas?

- 4 o más veces 1
- 3 veces 2
- 2 veces 3
- 1 vez 4
- No tome 4 o más bebidas alcohólicas en un lapso de dos horas 5

9. En los **últimos 12 meses** ¿alguna vez ha sentido la necesidad de reducir la cantidad de alcohol que toma?

- Sí 1
- No 0

10. Desde que nació su niño(a) de dos años, ¿tuvo problemas con lo siguiente? **Marque todas las que aplican.**

- Depresión 1
- Ansiedad 2
- Presión alta (hipertensión) 3
- El nivel de azúcar estaba alto (diabetes no relacionado con el embarazo) 4
- Anemia (falta de hierro) 5
- Problemas cardíacos 6
- Problemas con sus encías o dientes 7
- Asma 8

11. ¿Cuánto pesa **ahora**?

_____ Libras **O** _____ Kilos

12. ¿Qué piensa de su peso? **Marque una respuesta.**

- Tengo peso bajo 1
- Tengo el peso correcto 2
- Tengo sobre peso 3

13. En el **mes pasado**, ¿cuántos días a la semana hizo por lo menos 30 minutos de actividad física o ejercicio? (Por ejemplo, caminar, nadar, montar en bicicleta, bailar, o trabajar en el jardín). No cuente ejercicio que pudo haber hecho regularmente como parte del trabajo.

- No hago ejercicio 1
- Menos de 1 día a la semana 2
- 1 a 2 días por la semana 3
- 3 a 4 días por la semana 4
- 5 o más días a la semana 5

14. ¿Cómo clasifica su estado de salud en general?

- Excelente 1
- Muy Buena 2
- Buena 3
- Justo o un poco mal 4
- Pobre o mal 5

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudo haberle sucedido en los últimos 12 meses.

15. En los **últimos 12 meses**, ¿alguno de los siguientes eventos le ha ocurrido a usted? Marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió. **SÍ NO**
- a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital . . . 1 0
 - b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja 1 0
 - c. Me mudé a otra dirección 1 0
 - d. No tenía un hogar donde vivir . . . 1 0
 - e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo . 1 0
 - f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando 1 0
 - g. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal 1 0
 - h. Tenía muchas cuentas que no podía pagar 1 0
 - i. Me peleé físicamente con otra persona 1 0
 - j. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel 1 0
 - k. Alguien muy cercano a mi tuvo un problema grave con alcohol o droga 1 0
 - l. Alguien muy cercano a mi falleció . 1 0
 - m. Estuve en un accidente de coche . . 1 0
 - n. Me retrasé en pagar o no estube en condiciones de pagar mi hipoteca o renta/alquiler. 1 0
 - o. ¿Le paso algunas otras cosas serias durante los últimos 12 meses 1 0

Por favor díganos: _____

16. A continuación se muestra una lista de los sentimientos y experiencias que las mujeres a veces tienen. Por **dos semanas o más** en los **últimos 12 meses** usted: **SÍ NO**

- a. ¿Se sentía triste o deprimida por una gran parte del día? 1 0
- b. ¿Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, o otras cosas que normalmente disfrutaba? . 1 0

17. En los **últimos 12 meses** ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico o enfermera para su propia atención médica, pero no fue porque no podía pagar?

- Sí 1
- No 0

18. En los **últimos 12 meses** ¿algun doctor, enfermero o otro profesional de salud mental le habló sobre la depresión o sobre cómo se siente usted emocionalmente?

- Sí 1
- No 0

19. En los **últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se ha sentido abrumada por las exigencias de su hijo o hijos?

- Nunca 1
- Rara a la vez 2
- A veces 3
- Frecuentemente 4
- Siempre 5

20. Por cada una de las siguientes declaraciones, marque **Sí** si le aplica a usted ahora o marque **No** si no le aplica. **SÍ NO**

- a. Tengo medidas que puedo tomar para manejar el estrés 1 0
- b. Me siento cómoda pidiendo ayuda cuando la necesito 1 0
- c. Tengo confianza en mi capacidad de crear y cuidar de mi hijo 1 0
- d. Sé a dónde ir para obtener información sobre la crianza de mi hijo o si tengo preguntas o inquietudes sobre el desarrollo de mi hijo 1 0
- e. Tengo una rutina de práctica espiritual 1 0

21. Lo que sigue es una lista de declaraciones acerca de cómo se sintió en los últimos 12 meses. Por cada artículo abajo, elija de los siguientes:

- | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------|------------------|----------------|
| Nada de acuerdo | No estoy de acuerdo | Neutral | Estoy de acuerdo | Muy de acuerdo |
|-----------------|---------------------|---------|------------------|----------------|
- a. Sentí que era una persona con valor, por lo menos igual a otras personas
1 2 3 4 5
 - b. Era capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de otras personas
1 2 3 4 5
 - c. En general, estaba satisfecha con mi misma
1 2 3 4 5
 - d. Tenía poco control sobre las cosas que me sucedían
1 2 3 4 5
 - e. Sinceramente no tenía ninguna manera de arreglar los problemas que tenía
1 2 3 4 5
 - f. A veces sentí que la vida está abusando de mí
1 2 3 4 5
 - g. Podía hacer casi cualquier cosa que me disponía hacer
1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas son acerca del apoyo que pudo obtener en la crianza de su hijo(a) de dos años .

22. En los **últimos 12 meses**, ¿hizo el padre de su hijo(a) de dos años o su pareja lo siguiente para usted? **SÍ NO**
- a. Me dio dinero o compró cosas para mí 1 0
 - b. Me ayudó de otras maneras, tales como llevándome y a mi niño(a) de dos años al doctor o ayudándome con las tareas de la casa 1 0
 - c. Me ayudo emocionalmente 1 0

23. ¿En general, que tan satisfecha estuvo con el respaldo que le dio el padre de su niño(a) de dos años en la crianza de él/ella? **Marque una respuesta.**

- Nada satisfecha 1
- Algo descontenta 2
- Neutral 3
- Algo satisfecha 4
- Muy satisfecha 5
- No aplicable 79

24. En los **últimos 12 meses**, ¿usted podría haber conseguido esta clase de ayudas si usted la hubiera necesitado? **SÍ NO**

- a. Alguien que me prestara \$50 1 0
- b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama 1 0
- c. Alguien que me llevara a la clínica o al doctor si necesitaba transporte 1 0
- d. Alguien que me diera alojamiento 1 0
- e. Alguien que me ayudara con el cuidado de niño 1 0
- f. Alguien que me ayudara con los quehaceres en la casa 1 0
- g. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas 1 0

25. Durante el **primer año** después del nacimiento de su niño(a) de dos años, ¿un trabajador de la salud como una enfermera o trabajador social visito su hogar para proporcionar información acerca de la crianza de él /ella?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 27**

26. Si contestó sí, ¿con qué **frecuencia** el trabajador de salud fue a su casa?

Sólo una vez. 1

Sólo dos a tres veces 2

Por lo menos una vez a la semana 3

De dos a tres veces al mes 4

Una vez al mes 5

Una vez cada dos meses 6

No recuerdo 89

Las siguientes preguntas son acerca de las prácticas de planificación familiar y los nuevos embarazos después de que nació su niño(a) de dos años.

27. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo en **este** momento para prevenir el embarazo?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 29**

28. ¿Con que se cuida usted o su esposo o pareja **ahora** para evitar el embarazo? **Marque todas las que aplican.**

La píldora anticonceptiva 1

Condomes 2

Inyección (Lunelle® o Depo-Provera®) 3

Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) 4

Método del ritmo o planificación familiar natural 5

El hombre se retiraba 6

Anillo vaginal (Nuva Ring®) 7

Dispositivo intrauterino (Mirena® or ParaGard®) 8

Implante de etonogestrel (Nexplanon®) 9

Ligadura de trompas 10

Vasectomía 11

No tengo relaciones sexuales 12

Otro 13

Por favor díganos: _____

29. ¿Cuántas veces ha estado embarazada **después** de que nació su niño(a) de dos años? **Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluso malpartos o abortos.**

_____ Veces → **SI CERO, PASE A LA PREGUNTA 31**

¿Cuáles fueron los resultados de los embarazos? **Marque todas las que aplican.**

Todavía estoy embarazada 1

Di a luz a un bebé 2

Cumpleaños del bebé:

____/____/20____

Mes/ día / año

Tuve un malparto 3

Tuve un aborto intencional 4

30. Pensando en el tiempo justo antes de que quedara embarazada **después** de su niño(a) de dos años, ¿qué pensaba de quedar embarazada otra vez? **Marque una respuesta.**

Quería estar embarazada más pronto 1

Quería estar embarazada en el futuro 2

Quería estar embarazada en ese momento 3

No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca 4

31. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted completó?
- Grado 8 o menos 1
- Grados 9 - 12, sin diploma 2
- Completo preparatoria o el GED 3
- Algo de créditos universitarios pero sin graduar 4
- Graduado de universidad 5
- Maestría o algo superior 6

Las siguientes preguntas son acerca de su niño(a) de dos años que nació en el año 2014.

32. ¿Está su niño(a) de dos años vivo(a) **ahora**?
- Sí 1
- No 0

Si su hijo(a) ya no vive, sentimos mucho su pérdida y le damos nuestro pésame a usted y a su familia. Las respuestas que nos ha dado son especialmente importantes y nos podrían ayudar a encontrar maneras de cómo mejorar la salud y la seguridad de los niños en el futuro.

33. ¿Su niño(a) de dos años vive con usted **ahora**?
- Sí 1
- No 0

34. ¿Qué altura tiene su hijo(a)?
- _____ Pies y _____ Pulgadas
- O** _____ Centímetros

35. ¿Cuánto pesa su hijo(a)?
- _____ Libras **O** _____ Kilos

Las siguientes preguntas son acerca de la lactancia materna desde que su niño(a) de dos años nació, y la nutrición y la actividad física de su niño(a) de dos años.

36. Cuando su bebé tenía **seis meses** de edad, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las que aplican.**
- Leche de pecho 1
- Fórmula. 2
- Otros líquidos (como jugo, leche comercial o agua) 3
- Comida (como cereal, alimento comercial para bebés, o alimentos que come la familia en forma de puré) 4

37. Cuando su bebé tenía **doce meses** de edad, ¿con qué lo alimentaba? **Marque todas las que aplican.**
- Leche de pecho 1
- Fórmula. 2
- Otros líquidos (como jugo, leche comercial o agua) 3
- Comida (como cereal, alimento comercial para bebés, o alimentos que come la familia en forma de puré) 4

38. Durante los **primeros 12 meses** ¿cuáles de las siguientes razones le ayudaron a seguir amamantando a su niño(a) de dos años por el tiempo en que lo hizo? **Marque todas las que aplican.**
- Apoyo de familia y amigos 1
- Apoyo de mi empleador 2
- Apoyo de un proveedor de cuidado de salud 3
- Conveniencia para mí 4
- Ahorros de costos 5
- Beneficios para mi hijo(a) 6
- Beneficios para mí 7
- Mi propio compromiso para amamantar 8
- Mi bebé no estaba listo(a) para dejar de amamantar 9
- Otro 10

Por favor díganos: _____

39. ¿Qué edad tenía su niño(a) de dos años cuando dejó de darle el pecho por completo?

Menos de un mes 0
_____ meses de edad

Todavía está tomando del pecho 1 → **PASE A LA PREGUNTA 41**

40. ¿Cuáles fueron sus razones para dejar de amamantar? **Marque todas las que aplican.**

Sentí que era el tiempo adecuado para dejar de amamantar 1

Mi médico de salud me dijo que pare 2

Regresé al trabajo o a la escuela 3

No había un lugar para extraer la leche o alimentar a mi niño(a) en el trabajo o escuela 4

Mi niño(a) se destetó a sí mismo(a) 5

Mi niño (a) se enfermó y no pudo tomar más el pecho 6

Quería o necesitaba que otra persona alimentara a mi niño (a) 7

Le salieron dientes a mi niño (a) 8

Mi niño (a) parecía demasiado grande para tomar del pecho 9

Me enfermé y no podía dar el pecho 10

Pensé que mi niño (a) no estaba subiendo de peso lo suficiente 11

Otro 12

Por favor díganos: _____

41. ¿El empleador con el que trabajo **durante** su embarazo le informo de sus derechos a recibir días pagados relacionados con la maternidad?

Sí, pero no me tome días pagados relacionados con la maternidad 1

Sí, pero yo no era elegible para tomar días pagados relacionados con la maternidad 2

Sí, y yo tomé días pagados relacionados con la maternidad 3

No, mi empleador no tenía una póliza de ese tipo 4

No estoy segura 5

Yo no tenía un trabajo 6

42. ¿El empleador con el que trabajo **durante** su embarazo tenía una póliza de maternidad donde usted podía tomar días sin sueldo con la garantía de que se puede regresar a su trabajo o uno similar?

Sí, pero no me tome días sin sueldo relacionados con la maternidad 1

Sí, pero yo no era elegible para tomar días sin sueldo relacionados con la maternidad 2

Sí, y yo tomé días sin sueldo 3

No, mi empleador no tenía una póliza de ese tipo 4

No estoy segura 5

Yo no tenía un trabajo 6

43. ¿Le ofreció su empleador acomodación de lactancia en el lugar de trabajo?

Sí 1

No 0

Yo no tenía un trabajo 2

44. El médico de salud de su niño(a) ha expresado su preocupación de que el peso de su niño(a) es:

Demasiado peso 1

Peso justo 2

Muy poco peso 3

No sé 89

Mi médico no ha expresado su preocupación por el peso de mi niño(a) 4

45. ¿Cuántos días en una semana típica come su niño(a) de dos años cada uno de los siguientes alimentos? **Haga un círculo alrededor de cuantos días.**

- Verduras frescas, enlatadas o congeladas que no sean papas 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Papas fritas 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Fruta fresca o congelada 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Fruta enlatada 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Caramelos, galletas u otros dulces 0 1 2 3 4 5 6 7 días

46. Cuántos días en una semana típica su niño (a) de dos años toma las bebidas siguientes? **Haga un círculo alrededor de cuantos días.**

- Leche entera 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Leche descremada o baja en grasa 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Leche de soya o lechede almendras 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- 100% jugos de frutas 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Bebidas de frutas o Kool-Aid 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Refrescos (gaseosas) 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Agua simple 0 1 2 3 4 5 6 7 días
- Bebidas deportivas (ejemplo: Gatorade, PowerAde) 0 1 2 3 4 5 6 7 días

47. En un día de promedio, ¿cuántas horas ve su niño(a) de dos años la televisión, videos, o juega videojuegos o juegos de computadora incluyendo uso de un iPod, iPad, teléfono inteligente o una tableta PC?

No tengo televisión, videojuegos, computadora, iPod, iPad, teléfono inteligente o una tablet PC 1

Más de cero pero menos de una hora al día 2
 _____ horas al día

¿Cuántas horas por cada uno de los siguientes dispositivos:

- a. Televisión? _____ horas
- b. Video juegos? _____ horas
- c. Computadora? _____ horas
- d. iPod, iPhone, iPad, teléfono inteligente o una tableta PC? _____ horas

48. En un día normal, ¿cuánto tiempo en total pasa su niño(a) de dos años en juegos de actividad física? (Esto incluye juego organizado por un adulto o también juego sin organización tal como jugar afuera, trepar, correr, montar un triciclo).

- Menos de 30 minutos al día 1
- 30 minutos a menos de 1 hora al día 2
- 1 a 2 horas al día 3
- Más de 2 horas al día 4
- No hace ninguna clase de actividad física 5



Las siguientes preguntas son acerca de la seguridad de su niño(a) de dos años de edad y de la vecindad donde vive.

49. Por favor, marque **Sí**, si usted hace algo de lo siguiente en su hogar. De otro modo, marque **No**. **SÍ** **NO**
- a. Un adulto siempre cuida a mi niño(a) mientras que él/ella está en la tina de baño 1 0
 - b. Las piscinas/albercas, estanques, canales de irrigación, tanques de almacenamiento, o canales en mi propiedad están protegidos por un cercado 1 0
 - c. Se chequea las pilas de mi detector de humo por lo menos dos veces al año 1 0
 - d. Las medicinas, vitaminas y artículos de limpieza están guardados en un lugar a prueba de niños 1 0
 - e. Hay tapones de seguridad en los tomacorrientes que no uso . . . 1 0
 - f. Hay un detector de monóxido de carbono funcionando en cada nivel de mi casa 1 0
 - g. Las televisiones y libreros están atados a las paredes 1 0
 - h. El número telefónico del Centro de control para envenenamientos (Poison Control) se encuentra en o alrededor de mi teléfono en todo momento 1 0
 - i. En los últimos 12 meses he completado un curso sobre resucitación cardiopulmonar (CPR en Ingles) o primeros auxilios para bebés y niños 1 0

50. Las siguientes preguntas son acerca del ambiente de su hogar. Marque **Sí**, si describe su hogar. De otro modo, marque **No**. **SÍ** **NO**
- a. Su casa/apartamento fue construido antes de 1978 y hay pintura descarapelada o picada 1 0
 - b. Tiene calefacción para cuando lo necesite 1 0
 - c. Tiene agua caliente para cuando lo necesite 1 0
 - d. Hay evidencia de daños por agua o fugas de agua en su casa 1 0
 - e. Usted ve o huele moho/hongos en su casa 1 0
 - f. Usted ve cucarachas o ratones en su casa 1 0

51. ¿En promedio, como cuántas horas al día esta su niño(a) de dos años en el mismo cuarto o en el mismo coche con alguien que está fumando?
 _____ Horas

52. Díganos que tan de acuerdo está o no esta con cada de las siguientes declaraciones acerca este vecindario. Responda por el vecindario donde vivió la **mayoría** de tiempo durante los **últimos 12 meses**.

Está de acuerdo que gente en su vecindario:

- | | Nada de acuerdo | No estoy de acuerdo | Neutral | Estoy de acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Están dispuestos a ayudar a sus vecinos? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Este es un vecindario unido? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿Pueden ser de confianza? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿Generalmente no se llevan bien? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿No comparten los mismos valores? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

53. Que tan frecuente en su vecindario:

- | | | | | | | |
|----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | A menudo | Muy a menudo | |
| a. | ¿Se hacen favores uno al otro? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. | ¿La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o trabajo? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. | ¿Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. | ¿Se visitan en casa de vecinos o en la calle? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. | ¿Se vigilan la propiedad uno a al otro? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

- i. ¿Servicios municipales (e.g. servicios de recolección de basura, reparación de las calles, librerías, servicio de agua)?
1 2 3 4 5
- j. ¿La disponibilidad de los lugares para comprar frutas frescas y vegetales cuando usted lo desea?
1 2 3 4 5
- k. ¿Calidad del aire?
1 2 3 4 5
- l. ¿Libre de productos químicos industriales?
1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas son acerca del seguro médico y acceso a la atención médica para su niño(a) de dos años de edad .

54. Como clasificaría esta vecindad en termino de:

- | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Muy desfavorable | Desfavorable | Neutral | Favorable | Muy favorable | |
| a. | ¿Protección por parte de la policía? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. | ¿Protección de propiedad? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. | ¿Seguridad de violencia? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. | ¿Personas amigables? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. | ¿Limpieza? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. | ¿Tranquilidad? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. | ¿Calidad de escuelas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. | ¿La disponibilidad de parques, patios recreativos o banquetas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

55. ¿Tiene su niño(a) de dos años seguro médico actualmente?

Sí 1

No 0 → PASE A LA PREGUNTA 57

56. Si contestó sí, ¿qué tipo de cobertura de seguro médico?

- Seguro médico comprado de Covered California 1
- Seguro médico NO comprado de Covered California 2
- Seguro médico por parte de su trabajo o el trabajo de su esposo o pareja 3
- Programa patrocinado por el gobierno como Medi-Cal, o HealthyKids 4
- Seguro médico militar (TRICARE o Veterans (VA) Health Administration) 5
- Otro 6

Por favor díganos: _____

57. Desde que nació su niño(a), ¿ha habido alguna vez un periodo de tiempo en el que él/ella **no** tuvo cobertura de algún tipo de seguro médico o programa de gobierno que cubriera sus recibos de atención médica?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 59**

58. Si contestó sí, ¿por cuántos meses **no** tuvo cobertura su niño(a)?

_____ meses

Menos de un mes 1

Nunca tuvo cobertura 0

59. ¿En alguna ocasión ha necesitado su niño(a) un servicio, pero su seguro médico **no** lo cubrió?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 61**

60. Por favor díganos cuál de las siguientes servicios eran necesarios pero **no** cubiertos por la cobertura de seguro médico. **Marque todas las que aplican.**

Cuidado rutinario de niños(as) saludables . 1

Visitas cuando su niño(a) está enfermo(a) . 2

Medicamento recetado 3

Hospitalizaciones 4

Cuidado dental 5

Cuidado de la vista o lentes 6

Cuidado de emergencia 7

Equipo especial o terapias 8

Asesor de Lactancia 9

61. Durante los **últimos 12 meses**, ¿cuánto dinero ha gastado su familia en el cuidado de la salud de su niño(a) de dos años? Por favor incluya **solamente** la cantidad que tenía que pagar de su bolsillo, como co-pagos, deducibles, todos los medicamentos (recetados y no recetados), y servicios no cubiertos por el seguro. Por favor proporcione su mejor cálculo.

Menos de \$100 1

\$100 a \$499 2

\$500 a \$999 3

\$1,000 a \$1,999 4

\$2,000 a \$4,999 5

\$5,000 a \$9,999 6

\$10,000 o más 7

62. ¿A dónde lleva a su niño(a) de dos años la **mayoría** de las veces para recibir atención médica cuando está enfermo(a)? **Marque una respuesta.**

Mi niño(a) no ha necesitado atención médica para enfermos 1

Consultorio privado del doctor o proveedor principal de servicios médicos 2

Clínica del hospital 3

Sala de emergencias del hospital 4

Clínica comunitaria o gratuita 5

Seguro médico militar (TRICARE, etc.) 6

Clínica de cuidado urgente 7

Clínica ambulatoria (como las que se encuentran en un supermercado o farmacia) 8

Otro 9

Por favor díganos: _____

63. Por favor piense en el lugar a donde lleva a su niño(a) de dos años la **mayoría** de las veces para sus chequeos rutinarios para niños(as) saludables. Por favor díganos que tan satisfecha estuvo con el cuidado que recibió durante su visita más reciente. Que tan satisfecha está usted con:

- | | | | | | |
|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Muy Satisfecha | Satisfecha | Neutral | Insatisfecha | Muy Insatisfecha |
| a. | ¿Facilidad para hacer la cita? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. | ¿La cantidad de tiempo que tuvo que esperar a ver el médico o profesional de la salud después de llegar al lugar para su visita? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. | ¿La posibilidad de ser visto por el médico o profesional de la salud con poca anticipación? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. | ¿Los consejos que recibió sobre cómo cuidar a su niño (a)? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. | ¿La comprensión y el respeto que mostró el personal a usted y su niño(a)? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

64. En los **últimos 12 meses**, ¿alguno de los siguientes problemas le impidieron alguna vez recibir atención médica para su niño(a) de dos años de edad, cuando él o ella estaba enferma? Para cada artículo, marque **Sí** si le impidió recibir atención médica para su hijo(a) o marque **No** si no era un problema. **SÍ NO**

- a. No pude conseguir una cita cuando quería 1 0
- b. Yo no tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por la atención médica que mi niño(a) de dos años de edad necesitaba 1 0
- c. No podía tomar tiempo libre del trabajo 1 0

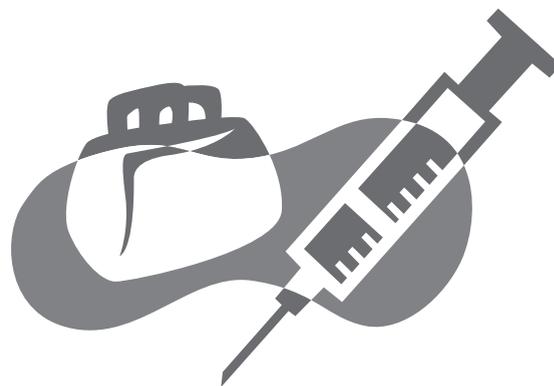
- d. Yo no estaba satisfecho con el médico/trabajador de la salud que sólo estaba disponible 1 0
- e. El servicio de mi hijo(a) necesitaba no estaba disponible en mi comunidad 1 0
- f. Otro problema 1 0

Por favor díganos: _____

65. ¿A dónde lleva a su niño(a) la **mayoría** de las veces para recibir las inmunizaciones (vacunas para bebés)? **Marque una respuesta.**

- Mi niño(a) todavía no ha recibido las vacunas para bebés 1
- Consultorio privado del doctor o proveedor principal de servicios médicos 2
- Clínica del hospital 3
- Clínica de Departamento de Salud 4
- Clínica comunitaria o gratuita 5
- Seguro médico militar (TRICARE o Veterans (VA) Health Administration) 6
- Clínica de cuidado urgente 7
- Clínica ambulatoria (como las que se encuentran en un supermercado o farmacia) 8
- Otro 9

Por favor díganos: _____



66. ¿Usted ha decidido en alguna ocasión retrasar o no recibir inmunizaciones (vacunas para bebés) para su niño(a)?

Sí 1

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 68**

67. La siguiente lista son razones que han tenido algunas madres para retrasar o decidir no recibir las inmunizaciones (vacunas para bebés) para sus niños(as). **Marque todas las que aplican.**

Creo que algunas vacunas se dan a muy temprana edad 1

Creo que dan demasiadas vacunas juntas 2

Creí que estaba demasiado enfermo mi niño(a) 3

Creo que dan algunas vacunas muy seguidas 4

Creo que algunas vacunas perjudican más de lo que benefician 5

No creo que algunas de estas enfermedades afectarán a mi niño(a) 6

Tengo creencias religiosas o inquietudes acerca de algunas o todas las vacunas 7

No tuve tiempo 8

No tuve transporte. 9

No sabía cuándo tocaban las vacunas 10

Otro 11

Por favor díganos: _____

68. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuántos días distintos estuvieron limitadas las actividades de su niño (a) debido a una enfermedad? (Por ejemplo, su niño(a) no pudo asistir a la guardería, jugar afuera o jugar con sus amiguitos).

Ninguno 1

Un día 2

Dos a tres días 3

Cuatro a cinco días 4

Seis días o más 5

69. Durante los **últimos 3 meses**, ¿cuántas veces distintas ha tenido su niño(a) de dos años una infección en los oídos?

Ninguna 1

Una vez 2

Dos veces 3

Tres veces o más 4

70. ¿Alguna vez le ha dicho un proveedor de servicios médicos que su niño(a) de dos años tiene alguna de las siguientes condiciones? (Un proveedor de servicios médicos puede incluir un doctor, enfermera, asistente de doctor, terapeuta o especialista del desarrollo infantil.) **Marque todas las que aplican.**

Una condición como asma, incluyendo sibilancia (silbidos al respirar) 1

Crup, bronquitis, inflamación de los bronquios 2

Neumonía (pulmonía) 3

Autismo o trastorno del espectro autista 4

Alergias (en la piel, de temporada, respiratorio, al alimento o alergias digestivos) 5

Problemas de la vista que requieren corrección 6

Problemas de audición 7

Deterioro dental o caries 8

Retraso en el desarrollo 9

Terapia del habla. 10

Otro 11

Por favor díganos: _____

71. Durante cualquiera de las citas de cuidado de salud de su niño(a) de dos años ¿un doctor, un dentista, una enfermera u otro trabajador de cuidado de salud habló con usted acerca de cualquiera de las cosas listadas a continuación? Por favor sólo cuente las pláticas, no los materiales de lectura o videos. Para cada opción, marque **Sí** si alguien habló con usted acerca de eso, o marque **No** si nadie habló con usted acerca de eso.

SÍ NO

- a. La nutrición y alimentación de su hijo(a) 1 0
- b. El uso de una sillita para carro 1 0
- c. Los dientes y salud dental de su hijo(a) 1 0
- d. Cómo está creciendo y desarrollándose su hijo(a) 1 0
- e. La vista y audición de su hijo(a) 1 0
- f. Las cosas que puede hacer para ayudarle a su hijo(a) a aprender y crecer 1 0
- g. La salud social y emocional de su hijo(a) 1 0
- h. La conducta de su hijo(a) 1 0
- i. La actividad física y el ejercicio para su hijo(a) 1 0
- j. Los lugares a donde puede llevar a su hijo(a) para otros servicios . . . 1 0
- k. Las preguntas o preocupaciones que tiene respecto a su hijo(a) . . . 1 0
- l. Las vacunas para su hijo(a) 1 0
- m. Las conductas para dormir las siestas y a la noche 1 0
- n. Cómo el humo de segunda mano puede afectar la salud de su hijo(a) . 1 0
- o. Cómo el comer pescado con niveles altos de mercurio puede afectar a su hijo(a) 1 0
- p. La prevención de la contaminación de plomo 1 0
- q. El peso de su hijo(a) 1 0

- r. Cómo cuidar de los dientes y encías de su hijo(a) de dos años 1 0
- s. El uso de gotas o tabletas de fluoruro en su hogar 1 0
- t. El tratamiento tópico de fluoruro . . 1 0
- u. Ayudar a su hijo(a) de dos años a lavarse los dientes 1 0
- v. El fluoruro en su agua potable . . . 1 0

72. ¿Cómo calificaría la salud general de su niño(a) de dos años? **Marque una respuesta.**

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Justo o un poco mal 4
- Pobre o mal 5

Las siguientes preguntas son acerca del proceso de aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de su hijo(a).

73. Durante la **última semana**, ¿cuántos días usted o otros miembros de la familia leyó o vio libros con su niño(a) de dos años?

- No leí a él/ella esta semana 1
- 1-3 días esta semana 2
- 4-7 días esta semana 3

74. ¿Cuántas veces en la **semana pasada** usted o cualquier familiar llevó a su hijo(a) de dos años a algún lugar, tal como al parque o campo de juegos o biblioteca o cualquier otro programa o actividad para niños?

- Ninguna 1
- De 1 a 3 veces 2
- 4-5 veces 3
- 6 o más veces 4

75. ¿Es su hijo(a) de dos años capaz de hacer lo siguiente? Para cada artículo, marque **Sí** si él o ella puede hacer la tarea siguiente o marque **No** si no puede. **SÍ NO**

Usa frases de 2 palabras (por ejemplo, "toma leche") ₁ ₀

Sabe cómo utilizar objetos de uso común, como un cepillo, teléfono, tenedor o cuchara ₁ ₀

Copia acciones y palabras ₁ ₀

Puede seguir instrucciones sencillas . . . ₁ ₀

Camina con estabilidad ₁ ₀

Recuerde las habilidades que él/ella ha aprendido ₁ ₀

76. ¿El médico o otros proveedores de salud de su hijo(a) de dos años alguna vez: **SÍ NO**

a. Le dijieron que ellos estaban haciendo lo que los médicos llaman una "evaluación del desarrollo" o prueba de desarrollo de su hijo(a) de dos años? ₁ ₀

b. Hicieron que él/ella rodara, recoger objetos pequeños, apilar bloques, tirar una pelota, o reconocen diferentes colores? ₁ ₀

77. En los **últimos 12 meses**, ¿el médico o otros proveedores de salud de su niño(a) de dos años hicieron lo siguiente: **SÍ NO**

a. Le pidió que llenara una encuesta o lista de verificación sobre inquietudes que pudiera tener usted sobre el proceso de aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de su hijo(a)? ₁ ₀

b. Le pidió que llenara una encuesta o lista de verificación sobre actividades que él/ella puede ser capaz de hacer? (Por ejemplo, usar frases de 2 palabras, caminar con estabilidad, etc). ₁ ₀

c. Le preguntó si usted tiene inquietudes sobre del proceso de aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de su hijo(a)? . . . ₁ ₀

78. En los **últimos 12 meses**, ¿tuvo algunas inquietudes sobre el proceso de aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de su niño(a) de dos años?

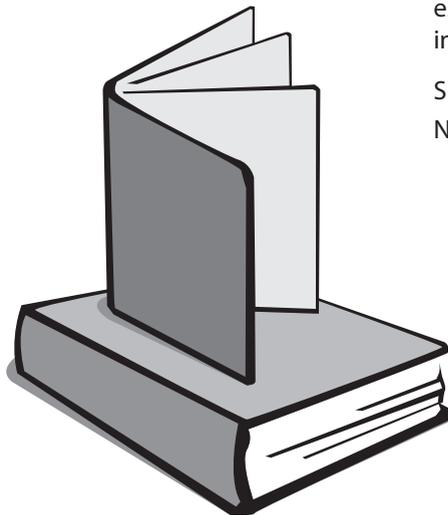
Sí ₁

No ₀ → **PASE A LA PREGUNTA 80**

79. En los **últimos 12 meses**, ¿le dio el médico o otros proveedores de salud información específica para hacer frente a estas inquietudes?

Sí ₁

No ₀



80. ¿Alguna vez su niño(a) de dos años ha estado inscrito o recibido servicios de alguno de los siguientes programas? Por cada programa, marque **Sí** o marque **No**. **SÍ NO**

- a. WIC 1 0
- b. Intervención Temprana o el Programa de Aprendizaje Infantil 1 0
- c. California Children Services (CCS) . . 1 0
- d. Educación especial del distrito escolar o programa de necesidades especiales 1 0
- e. Head Start o Early Head Start 1 0
- f. Centro Regional 1 0

81. ¿Su niño(a) ha tenido alguno de los siguientes eventos o situaciones? Por cada evento, marque **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió. **SÍ NO**

- a. La muerte de un familiar cercano . . 1 0
- b. Estar lejos de cualquiera de los dos padres un período de tiempo de un mes o más 1 0
- c. Cambio en los miembros del hogar (incluyendo un nuevo hermano) . . 1 0
- d. Estancia de una noche en el hospital (sin incluir justo después del nacimiento) 1 0
- e. Ver violencia o abuso físico en persona 1 0
- f. Alcoholismo o trastorno de la salud mental en la familia 1 0
- g. Conflictos entre los padres 1 0

82. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted alguna preocupación sobre cómo su niño(a) actúa, como se lleva bien con los demás, o muestra sentimientos? La preocupación puede ser acerca de los problemas pequeños o grandes.

- Sí 1
- No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 84**

83. ¿Buscó ayuda profesional o asesoramiento debido a la preocupación sobre cómo su niño(a) actúa, como se lleva bien con los demás, o muestra sentimientos?

- Sí 1
- No 0

Las siguientes preguntas son acerca de encontrar el cuidado infantil para su niño(a) de dos años de edad.

84. ¿Tiene **actualmente** un arreglo de cuidado/guardería de forma regular para su niño(a)? (Por cuidado nos referimos a cualquier tipo de contrato/acuerdo donde alguien que no es usted, ni su esposo o pareja, ni el tutor o padrastro, cuida a su hijo(a) de forma regular).

- Sí 1
- No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 90**

85. ¿Cuáles son los arreglos de cuidado/guardería de su niño(a)? **Marque todas las que aplican.**

- Proveedor de cuidado de niños en el hogar pequeño (1-7 niños) 1
- Proveedor de cuidado de niños en el hogar grande (8-14 niños) 2
- Guardería 3
- Los abuelos del niño(a) 4
- Otro(s) pariente(s) 5
- Niñera/amiga/vecina 6
- Otro 7

Por favor díganos: _____

86. ¿Cuál es el promedio de horas por semana que se le cuida o se queda en la guardería su niño(a)?
- Menos de 10 horas por semana? 1
- 10 a 19 horas por semana 2
- 20 a 29 horas por semana 3
- 30 a 39 horas por semana 4
- 40 o más horas por semana 5

87. ¿Cuanto paga para los arreglos de cuidado/guardería de su niño(a) de dos años?
- Yo no tengo que pagar. 1
- Menos de \$100. 2
- \$100 a \$499 3
- \$500 a \$799 4
- \$800 a \$999 5
- \$1,000 a \$1,999 6
- \$2,000 o más 7

88. ¿Quién le ayuda a pagar por el cuidado de su niño(a) de dos años? **Marque todas las que aplican.**
- Tuve que pagar yo. 1
- Padre del niño(a) 2
- Agencia de servicios sociales del gobierno (como: Departamento de Servicios Sociales Públicos, Early Headstart) 3
- Empleador 4
- Pariente 5
- Otro 6

Por favor díganos: _____

89. Piense en los arreglos actuales de cuidado que tiene para su niño(a) de dos años. Por favor díganos que tan satisfecha está usted con los siguientes aspectos.

Que tan satisfecha está usted con:

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Muy Satisfecha | Satisfecha | Neutral | Insatisfecha | Muy Insatisfecha |
| a. ¿El costo de la guardería? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. ¿El cuidado y atención que recibe su niño(a)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. ¿El lugar y que tan lejos maneja para llegar ahí? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. ¿El tiempo que platica el proveedor con usted acerca de cómo pasó el día su niño(a) o sobre cualquier inquietud que haya surgido? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. ¿El que su niño(a) esté recibiendo una dieta saludable en la guardería? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

90. Durante los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien de la familia tuvo que dejar su trabajo, no pudo aceptar un trabajo, o tuvo que cambiar su trabajo de forma significativa debido a problemas con la guardería o con los arreglos de cuidado para su niño(a)?

- Sí 1
- No 0

Las siguientes son algunas preguntas generales sobre su familia.

91. Su familia, ¿come junta a la hora de las comidas con la televisión apagada? **Marque una respuesta.**

- Siempre 1
- Normalmente 2
- Algunas veces 3
- Nunca 4

92. En los **últimos dos años** ¿alguna vez ha necesitado ayuda para la vivienda, alimentación, o dinero en caso de emergencia?

- Sí 1
- No 0

93. ¿Sabe usted de un lugar específico o un programa en su comunidad donde una familia puede ir en busca de ayuda para conseguir vivienda, alimentación, o dinero en caso de emergencia?

- Sí 1
- No 0

94. ¿Cuál es su estado civil **actual** con el padre de su hijo(a) de dos años de edad?

- Casada 1
- Separada o divorciada 2
- Viuda 3
- Nunca casados pero viviendo juntos 4
- Nunca casados pero viviendo aparte 5

95. ¿Está trabajando **actualmente** con el pago de tiempo completo (por lo menos 35 horas o más), tiempo parcial, o no?

- Tiempo completo 1
- Tiempo parcial 2
- No trabaja 3

96. ¿Está su cónyuge o pareja trabajando **actualmente** con el pago de tiempo completo (por lo menos 35 horas o más), tiempo parcial o no?

- Tiempo completo 1
- Tiempo parcial 2
- No trabaja 3
- No aplicable 79

97. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares en **2015** antes de pagar impuestos? Por favor de marcar el número abajo que incluye sus ingresos en total, incluyendo sus ingresos y los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en **2015**) y sus hijos.

Por favor incluya ingresos de todas partes, incluyendo trabajo, bienestar social (“welfare”), seguro de incapacidad, seguro de desempleo, pagos por el mantenimiento infantil (“child support”), intereses, dividendos y ayuda por parte de familiares.

- Menos de \$20,000 1
- \$20,000-\$39,999 2
- \$40,000-\$59,999 3
- \$60,000-\$99,999 4
- \$100,000 o más 5
- No sé 89

98. ¿Cuántas personas vivieron en esos ingresos en **2015**?

_____ Número total de personas

99. ¿Se mudó desde que nació su hijo(a) de dos años de edad?

Sí 1

No 0

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las razones por las que se mudó? **Marque todas las que aplican.**

Nos tuvimos que cambiar a causa del trabajo. 1

Queríamos una mejor escuela para nuestros hijos. 2

No podíamos permitirnos vivir en el vecindario 3

Queríamos vivir en un vecindario mejor . 4

Nos mudamos a causa de las preocupaciones sobre la exposición ambiental (como la contaminación del aire, cerca de un sitio industrial, sitio de desechos peligrosos, o vertedero 5

Estábamos desalojados 6

Nos convertimos en personas sin hogar . 7

Otro 8

Por favor díganos: _____



Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono.

En el espacio abajo, por favor escriba su nombre, domicilio, número de teléfono y correo electrónico y el nombre, domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (en caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta y asegurarnos que tenemos su domicilio actual para enviar su certificado de Ralphs/Food4Less. Recibirá su certificado de Ralphs/Food4Less si usted envía la encuesta completa o nos llama para completar la encuesta por teléfono.

Marque aquí si sé va a mudar a un nuevo domicilio y escriba su nueva dirección abajo:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

¿Cuál es el tiempo mejor para llamarle? _____

Amigo/familiar: _____

Domicilio: _____

Teléfono: () _____

Correo electrónico: _____



Attention LAMB Follow-Up Staff: Tear out this page before entering data

Calendario de LAMB Follow-Up

Enero 2015							Febrero 2015							Marzo 2015							Abril 2015						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
25	26	27	28	29	30	31								29	30	31					26	27	28	29	30		

Mayo 2015							Junio 2015							Julio 2015							Agosto 2015							
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
					1	2		1	2	3	4	5	6					1	2	3	4							1
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	
^{24/} ₃₁	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31	^{23/} ₃₀ ^{24/} ₃₁	25	26	27	28	29	30		

Septiembre 2015							Octubre 2015							Noviembre 2015							Diciembre 2015								
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S		
			1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12		
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19		
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26		
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31				

Enero 2016							Febrero 2016							Marzo 2016							Abril 2016							
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
					1	2		1	2	3	4	5	6				1	2	3	4	5					1	2	
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	
^{24/} ₃₁	25	26	27	28	29	30	28	29						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	

Mayo 2016							Junio 2016							Julio 2016							Agosto 2016										
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S				
1	2	3	4	5	6	7					1	2	3	4						1	2					1	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13				
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20				
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27				
29	30	31					26	27	28	29	30			^{24/} ₃₁	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31							

Septiembre 2016							Octubre 2016							Noviembre 2016							Diciembre 2016							
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
				1	2	3						1					1	2	3	4	5					1	2	3
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	
18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30		^{23/} ₃₀ ^{24/} ₃₁	25	26	27	28	29	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31		

Lo que están diciendo nuestras mamás:

Creo que esta encuesta es una buena idea. Me alegro de haber sido parte de ella. Espero que mis respuestas y comentarios ayuden a otras que están criando a sus niños pequeños.

Espero que las encuestas que están enviando por correo realmente sean una herramienta para crear programas que ayudan y benefician a mujeres que realmente necesitan apoyo para las necesidades de sus niños pequeños.



STAFF USE ONLY:

Date Received: ____ / ____ / ____

ID: _____

Date Tracked: ____ / ____ / ____ Initials ____

Date Reviewed: ____ / ____ / ____ Initials ____

Survey Entry Date: ____ / ____ / ____ Initials ____

Phone Interview: ____ / ____ / ____ Initials ____