

ICPSR 4134

**Head Start Family and Child
Experiences Survey (FACES): 1997
Cohort [United States]**

*United States Department of Health and
Human Services. Administration for
Children and Families. Office of Planning,
Research and Evaluation*

Kindergarten Parent Interview: Spanish
Version: Spring 1999

ICPSR

P.O. Box 1248
Ann Arbor, Michigan 48106
www.icpsr.umich.edu

About *Research Connections*

These data are made available by the Child Care and Early Education *Research Connections* project. *Research Connections* promotes high quality research in child care and early education and the use of that research in policymaking.

Research Connections is operated by the National Center for Children in Poverty at the Mailman School of Public Health, Columbia University and the Inter-university Consortium for Political and Social Research at the Institute for Social Research, University of Michigan, through a cooperative agreement with the Office of Child Care, Office of Family Assistance and the Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families in the U.S. Department of Health and Human Services.



ICPSR

OPRE

Terms of Use

The terms of use for this study can be found at:
<http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/4134/terms>

Information about Copyrighted Content

Some instruments administered as part of this study may contain in whole or substantially in part contents from copyrighted instruments. Reproductions of the instruments are provided as documentation for the analysis of the data associated with this collection. Restrictions on "fair use" apply to all copyrighted content. More information about the reproduction of copyrighted works by educators and librarians is available from the United States Copyright Office.

NOTICE

WARNING CONCERNING COPYRIGHT RESTRICTIONS

The copyright law of the United States (Title 17, United States Code) governs the making of photocopies or other reproductions of copyrighted material. Under certain conditions specified in the law, libraries and archives are authorized to furnish a photocopy or other reproduction. One of these specified conditions is that the photocopy or reproduction is not to be "used for any purpose other than private study, scholarship, or research." If a user makes a request for, or later uses, a photocopy or reproduction for purposes in excess of "fair use," that user may be liable for copyright infringement.



OMB#: 0970-0151
EXPIRATION DATE: 6/2000

Primavera 1999



**Seguimiento en Kindergarten
de la
Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño en
Head Start
Encuesta de Kindergarten para los Padres**

LABEL

Date: _____ Interviewer: _____

Complete

Buenos(as) (días/tardes/noches), ¿podría hablar con [SPRING '98 RESPONDENT]?

S1. SPRING '98 RESPONDENT IS:

- THERE AND AVAILABLE..... 1 (GO TO MAIN INTRODUCTION)
- NOT CURRENTLY AVAILABLE..... 2
- NO LONGER THERE 3 (GO TO S3)

S2. ¿Cuál sería la mejor hora para que yo llame nuevamente para comunicarme con (él/ella)?

BEST DAY: _____ TIME: _____

THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION. RECORD CALLBACK INFORMATION ON CALL RECORD.

S3. Estoy tratando de comunicarme con la persona mayormente responsable de [CHILD]. ¿Sería esa persona (aún) [SPRING '98 RESPONDENT]?

- YES 1
- NO 2 (GO TO S5)

S4. ¿Podría decirme por favor cómo me puedo comunicar con (él/ella)?

CALLE: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
TELEFONO: _____

THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION. USE INFORMATION OBTAINED ABOVE TO CONTACT SPRING '98 RESPONDENT.

S5. ¿Quién es la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
TELEFONO: _____

S6. ¿Cuál es (su relación/la relación de (él/ella)) con [CHILD]? (DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.)

MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA)	01
PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO).....	02
MADRASTRA	03
PADRASTRO	04
ABUELA	05
ABUELO.....	06
BISABUELA	07
BISABUELO	08
HERMANA/MEDIA HERMANA O HERMANASTRA	09
HERMANO/MEDIO HERMANO O HERMANASTRO	10
OTRA PARIENTA O PARIENTA POLITICA (FEMENINA)	11
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLITICO (MASCULINO)	12
MADRE ADOPTIVA.....	13
PADRE ADOPTIVO	14
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (FEMENINA)	15
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (MASCULINO).....	16
COMPAÑERA DEL PADRE O DE LA MADRE.....	17
COMPAÑERO DEL PADRE O DE LA MADRE.....	18

S7. Desde la última primavera, ¿cuántos meses ha sido (usted/él/ella) la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

NUMBER OF MONTHS: _____

S8. LA PERSONA MAYORMENTE RESPONSABLE ES:

- | | |
|---|---|
| LA PERSONA CON QUIEN USTED ESTA
HABLANDO ACTUALMENTE | 1 (GO TO MAIN INTRODUCTION) |
| ALGUNA OTRA PERSONA | 2 (THANK R AND END CONVERSATION.
USE INFORMATION FROM S5 TO
CONTACT MOST RESPONSIBLE
PERSON) |

MAIN INTRODUCTION

Buenos(as) (días/tardes/noches), mi nombre es _____ y (vengo) (estoy llamando) de Westat. Nosotros somos parte de un equipo de investigación que está conduciendo un estudio del Programa de Head Start. (Posiblemente usted recuerde que) alguien del equipo de investigación habló con (usted/SPRING '98 RESPONDENT) la última primavera, mientras su niño, [CHILD'S NAME], estaba asistiendo a Head Start.

Como parte de este mismo estudio, la Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño, quisiéramos entrevistarle a usted nuevamente, administrar una evaluación del niño a [CHILD] y hacerle algunas preguntas a la maestra actual de [CHILD]. El estudio nos ayudará a aprender más acerca de lo que le pasa a los niños y a las familias que participan en Head Start y qué pasa cuando los niños entran a kindergarten. Queremos tener su punto de vista sobre cómo está progresando [CHILD] en kindergarten y lo que está pasando ahora en su familia. Esta información será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a las familias. Para agradecerle a usted y a [CHILD] por su participación, usted recibirá \$ 15.00 y [CHILD] recibirá un pequeño regalo.

S9. Quisiéramos hacerle ahora algunas preguntas a *usted*, (similar a la entrevista que usted hizo en persona la última primavera). Esta debería tomar 30 minutos más o menos.

IF THIS IS NOT A GOOD TIME TO COMPLETE THE INTERVIEW, RECORD APPOINTMENT TIME BELOW AND ON THE CALL RECORD. THEN COMPLETE THE CONSENT/TEACHER PERMISSION FORM.

APPOINTMENT INFORMATION:

BEST DAY: _____ BEST TIME: _____

Primero, quiero que sepa que su participación es completamente voluntaria y que sus respuestas serán mantenidas en completa confidencia.

S10. ¿Siguió yendo (CHILD) a Head Start hasta el final del programa, o dejó (él/ella) de ir antes que terminara el programa?

Siguió yendo hasta el final del programa ... 1(*SKIP TO SECTION A.*)

Dejó de ir antes que terminara el programa 2

Otro (*especifique*) _____ 3

S11. ¿Cuándo dejó (CHILD) de ir a Head Start?

_____/_____/_____
MES DIA AÑO

S12. ¿Por qué dejó (CHILD) de ir a Head Start? ¿Cuál fue la razón más importante?
(CIRCLE ONLY ONE)

- ENFERMEDAD (NIÑO) 01
- ENFERMEDAD (MIEMBRO DE LA FAMILIA) 02
- CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O ESCUELA DE
LOS PADRES 03
- FALTA DE TRANSPORTACION 04
- MAL TIEMPO 05
- NIÑO NO QUISO IR 06
- DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO O DE
MANDARLO A OTRA PARTE..... 07
- NECESIDAD DE CUIDADO DE NIÑO DE DIA COMPLETO..... 08
- OTHER (PLEASE SPECIFY) _____ 09

S13. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que (él/ella) empezara kindergarten (o primer grado), ¿matriculó usted a (CHILD) en otro programa preescolar o de desarrollo del niño?

- YES..... 1
- NO 2 (SKIP TO S18.)

IF MORE THAN ONE PROGRAM, ASK ABOUT PRIMARY PROGRAM.

S14. ¿Qué tipo de programa era éste? ¿Era éste...

- Un prekindergarten de escuela pública, 1
- Un prekindergarten de escuela privada o un jardín infantil, 2
- Un centro de cuidado de niños o un programa de desarrollo del niño,.. 3
- Otro programa Head Start, o..... 4
- ¿Algún otro lugar? (Especifique) _____ 5

S15. ¿Cuántos días a la semana fue (CHILD) a ese programa?

DAYS A WEEK _____

S16. ¿Cuántas horas a la semana estaba (CHILD) en ese programa?

HOURS A WEEK _____

S17. En cuanto a ayudar a (CHILD) a aprender y estar preparado para la escuela, ¿usted piensa que el programa fue...

- No tan bueno como Head Start, 1
- Tan bueno como Head Start, or 2
- Mejor que Head Start? 3

S18. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que empezara Kindergarten (o primer grado), ¿recibió (CHILD) cuidado del niño en forma regular de alguien distinto a uno de los padres? (Es decir, cuidado de niño distinto al programa preescolar que me acaba de decir. No cuente el uso ocasional de niñeras ocasionales.)

- YES..... 1
- NO 2 (SKIP TO SECTION A.)

S19. ¿Dónde fue provisto el cuidado? (IF MORE THAN ONE CHILD CARE ARRANGEMENT, ASK ABOUT PRIMARY ARRANGEMENT. CIRCLE ONE RESPONSE.)

- En el hogar del niño por un pariente 01
- En el hogar del niño por alguien que no es pariente 02
- En el hogar de un pariente 03
- En el hogar de un amigo o vecino 04
- Cuido de niño familiar 05
- Centro de cuidado de niño..... 06
- Otro (especifique) _____ 07

S20. ¿Era esa persona o lugar licenciado, certificado, o regulado?

- YES..... 1
- NO 2
- DON'T KNOW..... 98

S21. ¿Cuántos días a la semana era cuidado(a) (CHILD) (por esa persona/en ese lugar)?

DAYS A WEEK_____

S22. ¿Cuántas horas a la semana era cuidado(a) (CHILD) (por esa persona/en ese lugar)?

HOURS A WEEK_____

A. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

A1. Ahora, quisiera confirmar la edad de [CHILD]. Nosotros tenemos anotado que su fecha de nacimiento es en [BIRTHDATE]? ¿Es correcto eso?

- YES 1 (GO TO A3)
- NO..... 2

A2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento correcta de [CHILD]?

_____ / _____ / _____
MES DIA AÑO

A3. Ahora, acerca de su conocimiento de idioma. ¿Cuál fue el primer idioma que usted aprendió a hablar?

- ENGLISH1 (GO TO A5)
- SPANISH.....2 (FOR PUERTO RICO ONLY, GO TO A5)
- ENGLISH AND SPANISH EQUALLY3
- ENGLISH AND ANOTHER LANGUAGE EQUALLY4
- ANOTHER LANGUAGE5
- (SPECIFY) _____

A4. ¿Qué idioma habla usted ahora mayormente en su hogar?

- ENGLISH1
- SPANISH.....2
- ENGLISH AND SPANISH EQUALLY3
- ENGLISH AND ANOTHER LANGUAGE EQUALLY4
- ANOTHER LANGUAGE5
- (SPECIFY) _____

IF S6 WAS ASKED, COPY RESPONSE TO S6 TO A5 AND GO TO B1.

A5. [TRANSLATE: I just want to confirm something...] ¿Cuál es (su relación/la relación de (él/ella)) con [CHILD]?
(DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.)

MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA)	01
PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO).....	02
MADRASTRA	03
PADRASTRO	04
ABUELA.....	05
ABUELO.....	06
BISABUELA	07
BISABUELO	08
HERMANA/MEDIA HERMANA O HERMANASTRA	09
HERMANO/MEDIO HERMANO O HERMANASTRO	10
OTRA PARIENTA O PARIENTA POLITICA (FEMENINA)	11
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLITICO (MASCULINO).....	12
MADRE ADOPTIVA.....	13
PADRE ADOPTIVO	14
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (FEMENINA)	15
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (MASCULINO).....	16
COMPAÑERA DEL PADRE O DE LA MADRE.....	17
COMPAÑERO DEL PADRE O DE LA MADRE.....	18

B. CURRENT SCHOOL STATUS

B1. Ahora quisiera hablar con usted acerca de las experiencias de [CHILD] en la escuela. ¿Está [CHILD] asistiendo a (o matriculado en) la escuela o en un programa preescolar?

YES 1
NO 2 (GO TO B9)

B2. ¿A qué grado o año está asistiendo [CHILD]?

HEAD START 01 (GO TO Q1 ON PAGE 38)
GUARDERIA INFANTIL/PREESCOLAR/PREKINDERGARTEN.. 02 (GO TO B9)
KINDERGARTEN DE TRANSICION (ANTES DE K)..... 03 (GO TO B3)
KINDERGARTEN 04 (GO TO B3)
PREPRIMER GRADO (DESPUES DE K)..... 05 (GO TO B3)
PRIMER GRADO 06 (GO TO B4)
SEGUNDO GRADO 07 (GO TO B4)
SIN GRADO 08 (GO TO B8)

B3. ¿Va [CHILD] a un (kindergarten/preprimer grado) de día completo, o de día parcial?

DE DIA COMPLETO..... 1
DE DIA PARCIAL..... 2

B4. ¿Cuántas horas pasa cada día (él/ella) en (kindergarten/preprimer grado/primer grado/segundo grado)?

NUMBER OF HOURS PER DAY: _____

B5. ¿Cuántos días pasa cada semana (él/ella) en (kindergarten/preprimer grado/primer grado/segundo grado)?

NUMBER OF DAYS PER WEEK: _____

B6. ¿Aproximadamente cuántos días ha estado ausente de clases [CHILD] desde el principio del año escolar, es decir, desde el último Septiembre?

NUMBER OF DAYS ABSENT: _____

IF NUMBER OF DAYS ABSENT IS GREATER THAN 5 CHECK THIS BOX...
THEN ASK B7. OTHERWISE, GO TO C1.

B7. ¿Cuál es la razón más frecuente de la ausencia a clases de [CHILD]?

ENFERMEDAD DEL NIÑO.....	01
ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA.....	02
CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O ESCUELA DE LOS PADRES	03
FALTA DE TRANSPORTACION	04
MAL TIEMPO	05
NIÑO NO QUISO IR.....	06
DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR AL NIÑO O DE MANDARLO A OTRA PARTE.....	07
NECESIDAD DE CUIDADO DE NIÑO DE DIA COMPLETO.....	08
OTHER (<i>PLEASE SPECIFY</i>)	09

SKIP TO SECTION C

B8. ¿En qué grado estaría [CHILD] si (él/ella) estuviese asistiendo a [la escuela/una escuela con grados regulares]?

GUARDERIA INFANTIL/PREESCOLAR/ PREKINDERGARTEN/HEAD START.....	01
KINDERGARTEN DE TRANSICION (ANTES DE K).....	02 (GO TO C1)
KINDERGARTEN	03 (GO TO C1)
PREPRIMER GRADO (DESPUES DE K).....	04 (GO TO C1)
PRIMER GRADO	05 (GO TO C1)
SEGUNDO GRADO	06 (GO TO C1)
SIN GRADO, NO EQUIVALENTE	07

B9. ¿Espera usted que [CHILD] sea matriculado en kindergarten el próximo año o el año después de éste?

PROXIMO AÑO	1
AÑO DESPUES DE ESE.....	2
NINGUNO, NO ESPERA QUE EL NIÑO ASISTA A KINDERGARTEN.	3
DON'T KNOW	8

SKIP TO SECTION G, PAGE 14

C. SCHOOL CHARACTERISTICS

Ahora hablemos acerca de la escuela a la que va [CHILD] (ahora).

C1. ¿ Va [CHILD] a una escuela pública o privada?

PUBLICA..... 1 (GO TO C4)
PRIVADA..... 2

C2. ¿Está la escuela relacionada con la iglesia o no está relacionada con la iglesia ?

RELACIONADA CON LA IGLESIA..... 1
NO RELACIONADA CON LA IGLESIA..... 2 (GO TO C4)

C3. ¿Es esta una escuela Católica?

YES 1
NO..... 2

C4. ¿Aproximadamente cuántos estudiantes hay en la clase de [CHILD]?

NUMBER OF STUDENTS IN CLASS: _____

C5. ¿Cuántos maestros hay en la clase de [CHILD]?

NUMBER OF TEACHERS IN CLASS: _____

C6. Desde el principio de este año escolar, ¿ha estado [CHILD] en la misma escuela?

YES 1
NO..... 2

D. SCHOOL PRACTICES

D1. Para cada aseveración que yo le lea a usted, por favor dígame qué tan bien ha estado haciendo la escuela de [CHILD] las siguientes cosas (durante el año escolar):

[IF NECESSARY, READ AFTER STATEMENTS FOLLOWING THE FIRST STATEMENT.]: ¿Diría usted que la escuela de [CHILD] *hace esto muy bien, bien solamente, o no lo hace.*

	Hace esto muy bien	Bien sola- mente	No lo hace	Don't know
a. Le deja saber a usted (entre informes de notas) cómo es el progreso de [CHILD] en la escuela.	1	2	3	8
b. Le ayuda a usted a comprender cómo son los niños de la edad de [CHILD]	1	2	3	8
c. Le hace conciente a usted de las posibilidades de hacer trabajo voluntario en la escuela	1	2	3	8
d. Provee talleres, materiales, o consejo acerca de cómo ayudar a [CHILD] a aprender en la casa	1	2	3	8
e. Provee información acerca de los servicios de la comunidad para ayudar a [CHILD] o a su familia	1	2	3	8

**IF LANGUAGE MOST SPOKEN AT HOME
(A4) IS NOT (SPANISH/ENGLISH) ASK:**

f. Comprenden las necesidades de las familias que no hablan (español/inglés)	1	2	3	8
--	---	---	---	---

E. FAMILY/SCHOOL INVOLVEMENT AND SCHOOL PRACTICES

Ahora quisiera preguntarle acerca de su participación en la escuela actual de [CHILD].

E1. Desde el principio de este año escolar, ¿usted ha ...

	YES	NO
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche para celebrar el regreso a la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros?	1	2
b. Ido a una conferencia para padres y maestro regularmente programada con el maestro de [CHILD]?	1	2
c. Asistido a un evento o clase de la escuela, tal como un juego (o) evento deportivo por motivo de [CHILD]?	1	2
d. ¿Actuado como voluntario(a) en la escuela o trabajado en un comité?	1	2

E2. Durante este año escolar, ¿más o menos cuántas veces ha ido a reuniones o participado en actividades en la escuela de [CHILD]?

NUMBER OF TIMES: _____

F. TEACHER FEEDBACK ON CHILD'S SCHOOL PERFORMANCE AND BEHAVIOR

Aquí hay algunas de las cosas que los maestros le cuentan a los padres acerca de cómo están progresando sus niños en la escuela. Para cada una, por favor dígame si un maestro dijo algo como ésto acerca de [CHILD], o lo escribió en una nota o en un informe de notas durante este año escolar, aún si usted no estuvo de acuerdo.

F1. Desde el principio de este año escolar, ¿ha dicho o escrito un maestro que [CHILD]...

	YES	NO
a. ha estado progresando realmente bien en la escuela?	1	2
b. no ha estado aprendiendo de acuerdo a sus capacidades?	1	2
c. no se concentra, no presta atención por mucho rato?	1	2
d. ha estado portándose mal o interrumpiendo la clase?	1	2
e. ha parecido frecuentemente triste o infeliz en clase?	1	2
f. ha estado inquieto(a), se agita mucho, o no se sienta quieto(a)?	1	2
g. ha estado teniendo problemas para esperar su turno, compartir o cooperar con otros niños?	1	2
h. se lleva bien con otros niños o trabaja bien en un grupo?	1	2
i. es muy entusiasta y tiene interés en muchas cosas diferentes?	1	2
j. le falta confianza para aprender cosas nuevas o para tomar parte en actividades nuevas?	1	2
k. es difícil entender lo que [CHILD] dice?	1	2
l. está frecuentemente soñoliento(a) o cansado(a) en clases?	1	2
m. le gusta hablar en clases y expresar sus ideas?	1	2
n. está frecuentemente aburrido(a) en clases?	1	2

F2. Que usted sepa, ¿va a ser promovido(a) [CHILD] a (primer grado/segundo grado) este próximo otoño, o (él/ella) pasará otro año en (kindergarten/primer)?

SI, SERA PROMOVIDO(A) A (PRIMER GRADO/SEGUNDO GRADO) 1
 NO, PASARA OTRO AÑO EN KINDERGARTEN/PRIMER GRADO 2
 NO, IRA A UNA CLASE DE TRANSICION
 (PREPRIMER GRADO) 3

F3. Ahora que [CHILD] ha estado en (kindergarten/primer grado) por la mayor parte de un año escolar, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo que Head Start hizo para ayudar a [CHILD] y a su familia a estar preparados para la escuela? ¿Está usted...

Muy insatisfecho(a), 1
 Algo insatisfecho(a), 2
 Algo satisfecho(a), o..... 3
 Muy satisfecho(a)?..... 4

G. YOUR CHILD'S ABILITIES

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

G1. ¿Puede identificar [CHILD] los colores rojo, amarillo, azul, y verde por el nombre? ¿Diría usted...

- Todos ellos 1
- Algunos de ellos, o 2
- Ninguno de ellos? 3

G2. ¿Puede (él/ella) reconocer...

- Todas las letras del alfabeto 1
- La mayoría de ellas 2
- Algunas de ellas, o 3
- Ninguna de ellas? 4

G3. ¿Hasta cuánto puede contar [CHILD]? Diría usted que...

- Nada 1
- Hasta cinco 2
- Hasta diez 3
- Hasta veinte 4
- Hasta cincuenta, o 5
- Hasta 100 o más? 6

G4. ¿[CHILD]....

	Yes	No
a. mayormente escribe y dibuja en lugar de hacer garabatos?.....	1	2
b. escribe su nombre, aún si algunas letras están al revés?.....	1	2
c. tropieza, da un traspie o se cae fácilmente?	1	2
d. tartamudea o balbucea?	1	2
e. Cuando [CHILD] habla, lo(a) entiende a (él/ella) un extraño?	1	2

G5. ¿Puede leer [CHILD] ahora libros de cuento por su propia cuenta?

- YES 1
- NO 2 (GO TO G8)

G6. ¿Lee realmente [CHILD] las palabras escritas en el libro, o (él/ella) mira el libro y simula leer?

- LEE LAS PALABRAS ESCRITAS 1
- SIMULA LEER 2 (GO TO G9)
- HACE AMBAS COSAS 3

G7. ¿Qué edad tenía [CHILD] en años y meses cuando (él/ella) empezó a leer frases simples, completas?

AÑOS _____ MESES _____ (GO TO H1)

G8. ¿Alguna vez (él/ella) mira un libro con dibujos y simula leer?

YES 1
NO..... 2 (*GO TO HI*)

G9. ¿Cuándo (él/ella) simula leer un libro, parece como un cuento coherente, o dice (él/ella) lo que hay en cada dibujo sin mucha coherencia entre ellos?

PARECE COMO UN CUENTO COHERENTE 1
DICE LO QUE HAY EN CADA DIBUJO 2
HACE AMBAS COSAS..... 3

H. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

H1. Le voy a leer una lista de aseveraciones que describen cosas que a veces hacen los niños. Para cada aseveración, quiero que me diga qué tan seguido actúa {CHILD} de esta manera. Para cada una, diría usted que nunca, algunas veces, frecuentemente, o muy frecuentemente?

(READ ALL ITEMS. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH. REPEAT CATEGORIES AS NECESSARY.)

¿Con qué frecuencia [CHILD] ...	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
a. Se une fácilmente con otros para jugar?.....	1	2	3	4
b. Responde apropiadamente si (lo/la) molestan?.....	1	2	3	4
c. Hace y mantiene amigos?.....	1	2	3	
d. Reconforta o ayuda a otros?.....	1	2	3	4
e. Se preocupa acerca de cosas?.....	1	2	3	4
f. Escucha atentamente a otros?.....	1	2	3	4
g. Actúa como si estuviera triste?.....	1	2	3	4
h. Controla su genio?.....	1	2	3	4
i. Coopera con los miembros de la familia?.....	1	2	3	4
j. Trabaja en algo hasta que lo termina?.....	1	2	3	4
k. Discute con otros?.....	1	2	3	4
l. Pelea con otros?.....	1	2	3	4
m. Muestra interés en una variedad de cosas?.....	1	2	3	4
n. Le dan rabieta si no hace lo él/ella quiere?.....	1	2	3	4
o. Se concentra en las tareas e ignora las distracciones?	1	2	3	4
p. Se enoja fácilmente?.....	1	2	3	4
q. Da la impresión de estar solitario?.....	1	2	3	4
r. Ayuda con las tareas del hogar?.....	1	2	3	4
s. Tiene problemas para ser aceptado y gustarle a los demás?.....	1	2	3	4
t. Actúa impulsivamente?.....	1	2	3	4
u. Muestra baja estima por sí mismo(a)?.....	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia [CHILD]...	1	2	3	4
v. Está ansioso(a) de aprender cosas nuevas?.....	1	2	3	4
w. Es hiperactivo(a)?.....	1	2	3	4
x. Es creativo(a) en el trabajo y el juego?.....	1	2	3	4
y. Es nervioso(a), muy sensible, tenso(a)?.....	1	2	3	4
x. Es desobediente en el hogar?.....	1	2	3	4

I. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de usted y de su niño en el hogar.

I1. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le *leyó* a [CHILD] la *semana* pasada? ¿Diría usted...

Nunca,.....	1
Una o dos veces,.....	2
3 o más veces, o.....	3
Cada día?	4

I2. La semana pasada, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

IF YES, ASK: ¿Cuántas veces ha hecho esto usted o alguien de su familia la semana pasada? ¿Diría usted una o dos veces, o tres o más veces?

	SI	NO	1-2 VECES	3+ VECES
a. ¿Le contó un cuento a (él/ella)?.....	1	2	1	2
b. ¿Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)?.....	1	2	1	2
c. ¿Le enseñó canciones o música a (él/ella)?.....	1	2	1	2
d. ¿Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)?.....	1	2	1	2
e. ¿Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?..	1	2	1	2
f. Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tal como ir al correo, el banco, o la tienda?	1	2	1	2
g. Lo(a) involucró a (él/ella) en quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar las mascotas?.....	1	2	1	2

I3. El mes pasado, ¿ ha hecho usted o alguna persona de su familia alguna de las siguientes cosas con [CHILD]?

	SI	NO
a. ¿Visitó una biblioteca?	1	2
b. ¿Fue al cine?.....	1	2
c. ¿Fue a ver una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo?	1	2
d. ¿Fue a un centro comercial?	1	2
e. ¿Visitó una galería de arte, museo, o lugar histórico?.....	1	2
f. ¿Visitó un parque de entretenimiento, parque, o fue a una excursión?.....	1	2
g. ¿Visitó un zoológico o acuario?.....	1	2
h. ¿Habló con [CHILD] acerca de su historia de familia o herencia étnica	1	2
i. ¿Asistió a un evento auspiciado por un grupo de la comunidad, étnico o religioso?	1	2
j. ¿Asistió a un evento atlético o deportivo en el que [CHILD] no era jugador?	1	2

J. HOUSEHOLD RULES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las reglas y límites impuestos en el hogar.

J1. En su hogar, ¿hay reglas generales acerca de ...

	SI	NO
a. Qué programas de televisión puede ver [CHILD]?	1	2
b. Cuántas horas puede ver televisión [CHILD]?.....	1	2
c. Qué tipo de comidas come [CHILD]?.....	1	2
d. A qué hora se va a la cama [CHILD]?	1	2
e. Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]?.....	1	2

J2. ¿Más o menos cuántas horas al día ve televisión [CHILD]?

HOURS A DAY: _____

J3. Algunas veces los niños se portan bastante bien y otras no, ¿Le ha dado unas palmadas a [CHILD] la semana pasada por no portarse bien?

YES 1
NO..... 2 (GO TO K1)

J4. ¿Más o menos cuántas veces en la semana pasada?

NUMBER OF TIMES: _____

K. HEALTH AND DISABILITY

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de [CHILD].

K1. ¿Tiene [CHILD] algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

YES 1
 NO..... 2 (GO TO K6)

K2. ¿Cómo describiría usted las necesidades de [CHILD]? ¿Tiene (él/ella)...

	SI	NO	DON'T KNOW
a. Una incapacidad específica de aprendizaje?	1	2	8
b. Atraso mental?	1	2	8
c. Un deterioro del habla?	1	2	8
d. Una perturbación emocional seria?	1	2	8
e. Sordera u otro deterioro de la audición?	1	2	8
f. Ceguera u otro deterioro visual?	1	2	8
g. Un deterioro ortopédico?	1	2	8
h. Otro deterioro de la salud de duración de 6 meses o más?	1	2	8

**IF NO TO K2a-h, CHECK THIS BOX....
 THEN SKIP TO K6**

K3. La(s) (incapacidad(es) de[CHILD] le afecta(n) su habilidad para aprender?

YES 1
 NO..... 2

K4. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el desarrollo de un Programa de Educación Individualizada o Plan (PEI) para [CHILD]?

YES 1
 NO..... 2 (GO TO K6)

K5. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con el plan? ¿Diría que usted está...

Muy insatisfecho(a),..... 1
 Algo insatisfecho(a),..... 2
 Algo satisfecho(a), o..... 3
 Muy satisfecho(a)?..... 4

K6. En general, ¿diría usted que la salud de [CHILD] es....

Excelente,..... 1
 Muy buena,..... 2
 Buena,..... 3
 Regular, o..... 4
 Mala? 5

K7. ¿Tiene [CHILD] un proveedor de servicio de salud en forma regular para servicio médico de rutina, por ejemplo, servicio de bienestar del niño y exámenes físicos completos?

YES 1
NO..... 2

K8. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un médico u otro profesional de la salud para un examen físico completo u otro servicio de salud de rutina? ¿Diría usted...

Menos de 1 año, 1
1 año, pero menos de 2 años, o..... 2
2 años, o más?..... 3

K9. ¿Ha ido [CHILD] alguna vez a un dentista o higienista dental para servicio dental?

YES 1
NO.....2 (GO TO K11)

K10. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un dentistas o higienista dental para servicio dental? ¿Diría usted...

Menos de 1 año, 1
1 año, pero menos de 2 años, o..... 2
2 años o más? 3

K11. Ahora algunas preguntas acerca de su salud. ¿Diría usted que su salud en general es...

Excelente, 1
Muy buena, 2
Buena, 3
Regular, o 4
Mala? 5

K12. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide ahora a usted trabajar en un trabajo o negocio?

YES 1 (GO TO K14)
NO..... 2

K13. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

YES 1
NO..... 2

K14. ¿Tiene usted un proveedor de servicio de salud regular para su propio servicio médico de rutina, por ejemplo, exámenes físicos completos?

YES 1
NO..... 2

K15. ¿Alguien en su hogar fuma cigarrillos regularmente?

YES 1
NO..... 2

L. YOU AND YOUR FAMILY

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted y de su familia.

L1. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero(a), nunca casado(a).....	1
Casado(a)	2
Separado(a)	3
Divorciado(a).....	4
Viudo(a)	5

L2. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad y mayores viven en su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: _____

L3. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños de 17 años de edad y menores viven en su hogar?

CANTIDAD DE NIÑOS: _____

L4. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted completó?

HASTA 8° GRADO	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC.....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.).....	13
DON'T KNOW	98

L5. ¿Está usted estudiando actualmente para obtener algún certificado, diploma, o grado?

YES	1
NO.....	2 (GO TO L6)

L5A. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o grado?

- LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL..... 01
- CERTIFICADO “GED” (O EQUIVALENTE)..... 02
- DIPLOMA DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).... 03
- GRADO ASOCIADO 04
- DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO (“CDA”)..... 05
- GRADO UNIVERSITARIO 06
- POSTGRADO 07
- OTHER (*PLEASE SPECIFY*)..... 08

L6. ¿Ha completado un certificado, diploma, o grado desde la última primavera?

- YES 1
- NO..... 2 (*GO TO BOX BEFORE L8*)

L7. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o grado ? (*CIRCLE ONE RESPONSE.*)

- LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL..... 1
- CERTIFICADO “GED” (O EQUIVALENTE)..... 2
- DIPLOMA DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).... 3
- GRADO ASOCIADO 4
- DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO (“CDA”)..... 5
- GRADO UNIVERSITARIO 6
- POSTGRADO 7
- OTHER (*PLEASE SPECIFY*)..... 8

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

- [CHILD]’s MOTHER..... 1 (*GO TO BOX BEFORE L18*)
- NOT [CHILD]’s MOTHER..... 2 (*CONTINUE WITH L8*)

L8. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

- MADRE EN EL HOGAR..... 1 (*GO TO L12*)
- MADRE NO ESTA EN EL HOGAR 2
- MADRE FALLECIDA..... 3 (*GO TO L16*)

L9. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- YES 1
- NO..... 2

L10. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

L11. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NUNCA TUVO CONTACTO..... 00 (GO TO L16)
 DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD: _____ DIAS..... 1
 SEMANAS..... 2
 MESES..... 3
 AÑOS 4

**IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX....
 THEN SKIP TO L13.**

L12. Desde (el principio de este año escolar), ¿la madre de [CHILD] ha...

	YES	NO	DON'T KNOW
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche de celebración-del inicio de clases, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una reunión programada regularmente con el maestro de [CHILD]?	1	2	8
c. Asistido a un evento de la escuela o de la clase, tal como un evento deportivo por motivo de [CHILD]?.....	1	2	8
d. ¿Actuó como voluntaria en la escuela o sirvió en un comité?...	1	2	8

L13. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó la madre de [CHILD]?

HASTA 8° GRADO 01
 9° A 11° GRADO..... 02
 12° GRADO PERO SIN DIPLOMA..... 03
 DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE..... 04
 PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA
 (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC..... 05
 DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA
 (SUPERIOR/SECUNDARIA) 06
 ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO 07
 GRADO ASOCIADO 08
 GRADO UNIVERSITARIO 09
 ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO 10
 GRADO DE MAESTRIA (MA, MS) 11
 GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD) 12
 GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO
 (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.)..... 13
 DON'T KNOW 98

L14. ¿Está trabajando ella actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o ella está haciendo alguna otra cosa? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS POR SEMANA)	01
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02
BUSCANDO TRABAJO	03
SUSPENDIDA DEL TRABAJO.....	04
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO	05
EN LA CARCEL/PRISION.....	06
EN EL EJERCITO	07
ALGUNA OTRA COSA (PLEASE SPECIFY)	08
DON'T KNOW.....	98

IF CHILD'S MOTHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO L18.

L15. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia al niño para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

YES	1
NO.....	2

L16. ¿Hay alguna otra persona que sea como una madre para [CHILD]?

YES	1
NO.....	2 (GO TO L18)

L17. ¿Quién es esa persona? ¿Es ella...

[THE RESPONDENT,]	1
Su (esposa/compañera)	2
Una parienta del niño que vive en el hogar	3
Una parienta del niño que no vive en el hogar.....	4
Una amiga de la familia que vive en el hogar, o.....	5
Una amiga de la familia que no vive en el hogar.....	6

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s FATHER.....	1 (GO TO M1)
NOT [CHILD]'s FATHER	2 (CONTINUE WITH L18)

L18. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

PADRE EN EL HOGAR.....	1 (GO TO L22)
PADRE NO ESTA EN EL HOGAR.....	2
PADRE FALLECIDO	3 (GO TO L26)

L19. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

YES 1
 NO..... 2
 DON'T KNOW 8

L20. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS: _____

L21. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

[CHILD] NUNCA TUVO CONTACTO..... 00 (GO TO L23)
 DON'T KNOW 98

O

CANTIDAD:_____ DIAS..... 1
 SEMANAS..... 2
 MESES..... 3
 AÑOS 4

**IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX....
 THEN SKIP TO L23.**

L22. Desde (el principio de este año escolar), ¿el padre de [CHILD] ha...

	YES	NO	DON'T KNOW
b. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche de celebración-del inicio de clases, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una reunión programada regularmente con el maestro de [CHILD]?	1	2	8
c. Asistido a un evento de la escuela o de la clase, tal como un evento deportivo por motivo de [CHILD]?.....	1	2	8
d. ¿Actuó como voluntario en la escuela o sirvió en un comité? ..	1	2	8

L23. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que completó el padre de [CHILD]?

HASTA 8° GRADO	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC.....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO.....	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.).....	13
DON'T KNOW	98

L24. ¿Está trabajando él actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o él está haciendo alguna otra cosa? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS POR SEMANA)	01
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL	02
BUSCANDO TRABAJO	03
SUSPENDIDO DEL TRABAJO.....	04
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO	05
EN LA CARCEL/PRISION.....	06
EN EL EJERCITO	07
ALGUNA OTRA COSA (PLEASE SPECIFY) _____	08
DON'T KNOW.....	98

**IF CHILD'S FATHER IS IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX....
THEN SKIP TO M1.**

L25. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia al niño para [CHILD] de su padre de (él/ella)?

YES	1
NO.....	2

L26. ¿Hay alguna otra persona que sea como un padre para [CHILD]?

YES 1
NO..... 2 (*GO TO MI*)

L27. ¿Quién es esa persona? ¿Es él...

[THE RESPONDENT,] 1
Su (esposo/compañero)..... 2
Un pariente del niño que vive en el hogar..... 3
Un pariente del niño que no vive en el hogar 4
Un amigo de la familia que vive en el hogar, o 5
Un amigo de la familia que no vive en el hogar 6

M. PARENT EDUCATION AND HUMAN CAPITAL

Ahora tengo algunas preguntas acerca de usted y de sus padres.

M1. ¿Qué notas (tiene/tenía) usted usualmente en la escuela (superior/secundaria)?

MOSTLY A'S (NUMERICAL AVERAGE OF 90-100)	01
MOSTLY A'S AND B'S (85-89)	02
MOSTLY B'S (80-84)	03
MOSTLY B'S AND C'S (75-79)	04
MOSTLY C'S (70-74)	05
MOSTLY C'S AND D'S (65-69)	06
MOSTLY D'S AND LOWER (64 AND BELOW).....	07
NEVER IN HIGH SCHOOL	08 (GO TO M4)

M2. ¿Cuál (es/era) su programa de escuela (superior/secundaria)...

Académico o preparatorio para la universidad,.....	1
Comercial o adiestramiento de negocios, o.....	2
Vocacional o técnico?	3

M3. Ahora tengo una lista de cursos de matemáticas de escuela (superior/secundaria) y técnicos. A medida que yo lea cada uno, por favor dígame si usted ha tomado ese curso en la escuela (superior/secundaria).

	YES	NO
a. Algebra elemental o Algebra I?.....	1	2
b. Geometría plana?	1	2
c. Matemáticas de negocios?	1	2
d. Ciencia de computación ?	1	2
e. Algebra intermedia o Algebra II?	1	2
f. Trigonometría?	1	2
g. Cálculo?	1	2
h. Física?	1	2

M4. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que su padre completó?

HASTA 8° GRADO	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC.....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.).....	13
[translate: NEVER WENT TO SCHOOL]	14
DON'T KNOW	98

M5. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que su madre completó?

HASTA 8° GRADO	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC.....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO	07
GRADO ASOCIADO	08
GRADO UNIVERSITARIO	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS)	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD)	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.).....	13
DON'T KNOW	98

M6. Cuando usted estaba creciendo, ¿recibió su familia alguna vez ayuda pública?

YES	1
NO.....	2
DON'T KNOW	8

M7. ¿Cuál es su antecedente religioso?

BAUTISTA.....	01
METODISTA.....	02
LUTERANO(A)	03
PRESBITERIANO(A)	04
EPISCOPAL.....	05
PENTECOSTES	06
OTRO PROTESTANTE.....	07
ROMANO(A) CATOLICO(A).....	08
ORTODOXO(A) ORIENTAL	09
MORMON(A)	10
OTRO(A) CRISTIANO(A)	11
JUDIO(A)	12
MUSULMAN(A).....	13
RELIGION ORIENTAL (BUDISTA, HINDU, TAO)	14
OTRA RELIGION (<i>SPECIFY</i>)	15
NONE.....	16

M8. El año pasado, ¿más o menos con qué frecuencia ha asistido usted a servicios religiosos? ¿Diría usted...

- Más o menos una vez a la semana,..... 1
- 2 ó 3 veces al mes,..... 2
- Más o menos una vez al mes, 3
- Varias veces durante el año, o,..... 4
- Nunca?..... 5

N. EMPLOYMENT AND INCOME

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las fuentes de ingreso de su hogar. Esta información permanecerá confidencial.

N1. ¿Tiene usted algún ingreso de algún trabajo o trabajos, incluyendo empleo por cuenta propia?

YES 1
 NO..... 2 (GO TO N5)

N2. ¿Cuántos trabajos tiene usted actualmente?

NUMBER OF JOBS: _____

N3. ¿Qué hace usted en (este trabajo/el primer trabajo/el segundo trabajo/el tercer trabajo)?

N4. ¿Este trabajo es de tiempo completo, 30 o más horas por semana; tiempo parcial, menos de 30 horas por semana; o de temporada u ocasional durante cierto tiempo del año?

	TIEMPO COMPLETO	TIEMPO PARCIAL	DE TEMPORADA
a. JOB 1 _____ _____	1	2	3
b. JOB 2 _____ _____	1	2	3
c. JOB 3 _____ _____	1	2	3

N5. ¿En cuántos de los últimos seis meses ha trabajado usted?

MONTHS WORKED: _____

N6. ¿Está usted buscando (un/ otro) trabajo actualmente?

YES 1
 NO..... 2

N7. No incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos otros adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

NUMBER OF ADULTS: _____

N8. ¿Tiene su familia un seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o del trabajo de otro adulto del hogar que esté empleado?

- YES 1
- NO..... 2
- DON'T KNOW 8

N9. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda en los últimos seis meses?

	YES	NO
a. Bienestar, TANF, o ayuda general.....	1	2
b. Seguro de desempleo.....	1	2
c. (Cupones/Sellos/Estampillas/Cheques) de alimento	1	2
d. WIC -- Programa especial de comida suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	1	2
e. Pensión Alimenticia al Niño.....	1	2
f. SSI o Seguro Social de Retiro, Incapacidad, o beneficios de Sobreviviente.....	1	2
g. Pagos por proveer cuidado de crianza	1	2

**IF N9 a, c, OR d WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX....
THEN ASK N10. OTHERWISE, GO TO N11.**

N10. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les requiere que hagan ciertas cosas tal como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted ahora o se le requerirá pronto que...

	YES	NO
a. asista a un adiestramiento de trabajo?.....	1	2
b. asista a la escuela o a una clase GED?	1	2
c. consiga un trabajo?.....	1	2
d. haga alguna otra cosa? (<i>please specify</i>) _____	1	2

N11. Pensando acerca de todas las fuentes de ingreso que usted me acaba de decir, ¿cuál fue el ingreso total para su hogar el último mes antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

HOUSEHOLD INCOME \$ __ , __ __ __ (*GO TO N13*)

OR

REFUSED.....7 (*GO TO N13*)

DON'T KNOW.....8 (*GO TO N12*)

N12. ¿Diría usted que fue...

menos de \$250	01
entre \$251 y \$500	02
entre \$501 y \$1,000	03
entre \$1,001 y \$1,500.....	04
entre \$1,501 y \$2,000.....	05
entre \$2,001 y \$2,500, o.....	06
sobre \$2,501.....	07
REFUSED.....	97
DON'T KNOW	98

Nuestras siguientes preguntas son acerca de vivienda.

N13. ¿Vive usted ahora en ...

una casa, un departamento, o una casa móvil propia,.....	1
una casa, un departamento, o una casa móvil que usted comparte con otra familia,.....	2
vivienda de transición (departamento) o un refugio para personas sin hogar, o.....	3
algún otro lugar? (<i>please specify</i>) _____	4

N14. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos seis meses?

TIMES: _____

N15. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su propia casa o apartamento, paga renta, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

Es dueño(a) de su propia casa o apartamento	1
Renta (sin ayuda pública	2
Vivienda pública o subsidiada	3
Algún otro arreglo	4

N16. ¿Ha vivido [CHILD] separado(a) alguna vez de [usted/la madre de (él/ella)] por seis meses o más, no incluyendo vacaciones o arreglos de custodia compartida ?

.....	1
NO.....	2

N17. En el último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen o violencia doméstica?

YES	1
NO.....	2
REFUSED.....	7
DON'T KNOW	8

N18. En el último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen o violencia doméstica?

YES 1
NO..... 2
REFUSED..... 7
DON'T KNOW 8

N19. Desde que [CHILD] nació, ¿alguien de su hogar o (el padre/la madre) biológico(a) de [CHILD] ha sido arrestado(a) o acusado(a) de un crimen por la policía?

YES 1
NO..... 2 (GO TO O1)
REFUSED..... 7 (GO TO O1)
DON'T KNOW 8 (GO TO O1)

N20. ¿Pasó esta persona algún tiempo en la cárcel?

YES 1
NO..... 2
REFUSED..... 7
DON'T KNOW 8

O. CHILD CARE

Ahora hablemos acerca de los arreglos para el cuidado del niño que usted está usando actualmente para [CHILD]. Cuidado para el niño no incluye el tiempo en las clases de kindergarten, pero puede incluir arreglos separados para el cuidado del niño en la escuela antes o después de las clases.

O1. ¿Está [CHILD] en cuidado para el niño?

- YES 1
- NO..... 2 (GO TO P1)

O2. ¿En cuántos diferentes arreglos para el cuidado del niño pasa tiempo [CHILD] cada semana?

NUMBER OF ARRANGEMENTS: _____

O3. ¿Dónde está el proveedor de cuidado primario?

- EN EL HOGAR DE [CHILD] CON ALGUIEN QUE NO ES SU PADRE O MADRE 1
- HOGAR DE PARIENTES..... 2
- HOGAR DE PERSONAS QUE NO SON PARIENTES 3
- EN LA ESCUELA EN UN PROGRAMA ANTES O DESPUES DE CLASES (O CUIDADO AL FINALIZAR)..... 4
- OTRO CENTRO DE CUIDADO DEL NIÑO 5
- OTHER (PLEASE SPECIFY) _____ 6

O4. ¿Cuántas horas por semana se usa este cuidado?

HOURS PER WEEK: _____

O5. ¿Quién paga por este cuidado del niño?

	YES	NO
a. ¿Paga por esto usted mismo(a)?.....	1	2
b. ¿Paga una agencia de gobierno?	1	2
c. ¿Paga un empleador?.....	1	2
d. ¿Intercambia usted cuidado del niño con alguna otra persona?.....	1	2
e. Other (please specify) _____	1	2

O6. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] con el cuidado del niño. Por favor dígame cual de estas respuestas describe mejor la experiencia de [CHILD]: *nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre*

	Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siem-pre
a. [CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado.	1	2	3	4
b. [CHILD] recibe mucha atención individual.....	1	2	3	4
c. (el/la) cuidador(a) de [CHILD] está abierto(a) a la información nueva y al aprendizaje.....	1	2	3	4

P. YOUR FEELINGS

P1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de sí mismas. Después que yo lea cada una por favor dígame si usted está *totalmente en desacuerdo*, *en desacuerdo*, *de acuerdo*, o *totalmente de acuerdo* en que usted siente de esta manera

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. No hay manera realmente que yo pueda resolver algunos de los problemas que yo tengo.....	1	2	3	4
b. Algunas veces siento que estoy siendo llevado(a) por las circunstancias en la vida.....	1	2	3	4
c. Yo tengo poco control sobre las cosas que a mí me pasan.....	1	2	3	4
d. Yo puedo hacer casi cualquier cosa que realmente me propongo hacer.....	1	2	3	4
e. Frecuentemente me siento desvalido(a) cuando trato de resolver los problemas de la vida..	1	2	3	4
f. Lo que a mí me pase en el futuro depende mayormente de mí.....	1	2	3	4
g. Hay muy poco que yo pueda hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida.....	1	2	3	4

P2. Le voy a leer una lista de maneras en que usted se puede haber sentido o comportado. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido usted de esta manera durante la semana pasada. *raramente o nunca*, *algo o un poco*, *ocasionalmente o moderadamente*, o *la mayor parte o todo el tiempo*.

	Raramente o nunca	Algo o un poco	Ocasional- mente o moderada- mente	La mayor parte o todo el tiempo
a. Molesto(a) por cosas que usualmente no le molestan.....	1	2	3	4
b. No tenía ganas de comer, tenía mal apetito.....	1	2	3	4
c. No podía quitarse la tristeza, aún con la ayuda de su familia y sus amigos.....	1	2	3	4
d. Tuvo problema para mantener la mente en lo que hacía.....	1	2	3	4
e. Deprimido(a).....	1	2	3	4
f. Que todo lo que usted hizo era un esfuerzo.....	1	2	3	4
g. Temeroso(a).....	1	2	3	4
h. Usted durmió inquieto(a).....	1	2	3	4
i. Usted habló menos de lo usual.....	1	2	3	4
j. Usted se sintió solitario(a).....	1	2	3	4
k. Usted se sintió triste.....	1	2	3	4
l. Usted no podía "continuar".....	1	2	3	4

**Q. HEAD START TRACKING INFORMATION
(ONLY IF CHILD IN HEAD START)**

Q1. ¿A qué Centro Head Start está asistiendo [CHILD] actualmente?

NOMBRE DEL CENTRO: _____

CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

Q2. ¿Es ese el mismo centro al que (él/ella) asistió el último año?

YES 1 (GO TO BOX BELOW)

NO 2

Q3. ¿Cuándo empezó [CHILD] a asistir a este centro?

_____/_____
MES AÑO

Es posible que queramos incluir a [CHILD] en la parte de Head Start de este estudio. Uno de nuestros otros miembros del equipo se comunicará con usted para darle mayor información

If found, return to:
Westat
1650 Research Boulevard
Rockville, MD 20850