

Por favor marque el encasillado para su respuesta o siga las direcciones incluidas con la pregunta. Podría ser que se le pida que vaya a otra pregunta si la misma no le aplica.

**En esta primera parte de la encuesta, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y su familia.**

**1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su niño de dos años?**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**3. ¿Quiénes viven en casa con usted?**

	SÍ	NO	
a. Mi esposo o compañero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Los abuelos de mi niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Otros adultos o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Niños menores de 12 meses de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos niños? ____
e. Niños de 1-5 años (incluyendo a su niño de dos años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos niños? ____
f. Niños menores de 6-17 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos niños? ____

**4. Además de usted, ¿quién más comparte la crianza de su niño de dos años? (SIN incluir a los proveedores del cuidado infantil pagados).**

	SÍ	NO
a. Nadie más (solamente yo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El padre biológico de mi niño de dos años (aunque sea el compañero actual o no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi marido o compañero que NO es el padre biológico de mi niño de dos años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los abuelos de mi niño de dos años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Otras personas ¿Quiénes?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ¿Vive ahora con usted su niño de dos años?**

Sí → Continúe con la Pregunta 6  
 No → Vaya a la Página 8 Pregunta 42

**La primera mitad de esta encuesta hace preguntas sobre su niño de dos años. Si su niño de dos años no está viviendo con usted, por favor salte esas preguntas. Pero por favor conteste las preguntas de la segunda mitad de la encuesta (Página 9, comenzando con la Pregunta 42).**

**6. ¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a?**

	SÍ	NO
a. Jugar con muñecas o peluches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Leer libros con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trepar, correr y estar activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Acomodar juguetes u otras cosas en línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo, ventiladores o ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo?**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
a. Dice una palabra para describir lo que quiere	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
b. Apunta con un dedo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
c. Trata de alcanzarlo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
d. Me hala o pone mi mano sobre el objeto	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
e. Gruñe, llora, o grita	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**8. ¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted?**

Muchas veces al día  
 Algunas veces al día  
 Algunas veces a la semana  
 Menos de una vez a la semana  
 Nunca

**9. ¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as?**

Siempre	Usualmente	Algunas Veces	Rara Vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. ¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata de imitarlo?**

Siempre	Usualmente	Algunas Veces	Rara Vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. ¿Su niño/a lo mira cuando lo llama por su nombre?**

Siempre	Usualmente	Algunas Veces	Rara Vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. ¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira?**

Siempre	Usualmente	Algunas Veces	Rara Vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?**

Ninguna  
 Alguna  
 Mucha

**14. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?**

Ninguna  
 Alguna  
 Mucha

**Estas preguntas son acerca del comportamiento de su niño. Piense acerca de lo que usted espera de otros niños de la misma edad. Conteste cuánto aplica para usted cada declaración acerca de su niño.**

**15. ¿Su niño/a...**

a. Es agresivo/a?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Es inquieto o tiene dificultad para permanecer sentado?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Se enoja con facilidad?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Es difícil...**

a. Llevar a su niño/a lugares públicos?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Consolar a su niño/a?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Saber qué necesita su niño/a?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Mantener a su niño/a un horario o rutina establecida?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. Hacer que su niño/a le obedezca?

Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**73. ¿Cuál es el ingreso total anual del hogar antes de los impuestos? Incluya su ingreso, el de su esposo o pareja, y cualquier otro ingreso que usted pueda estar recibiendo. (Toda la información será mantenida privada y no afectará cualquiera de los servicios que usted esté recibiendo).**

\$0 a \$16,000  
 \$16,001 a \$20,000  
 \$20,001 a \$24,000  
 \$24,001 a \$28,000  
 \$28,001 a \$32,000  
 \$32,001 a \$40,000  
 \$40,001 a \$48,000  
 \$48,001 a \$57,000  
 \$57,001 a \$60,000  
 \$60,001 a \$73,000  
 \$73,001 a \$85,000  
 \$85,001 o más

**74. Durante los pasados 12 meses, ¿cuántas personas, incluyéndose usted, dependen de su ingreso?**

personas

**75. ¿Cuál es su nivel más alto de educación completada?**

Menos del grado 12  
 Diploma de Escuela Secundaria o GED  
 Algo de Universidad/Grado Asociado  
 Titulado de Bachillerato  
 Titulado de Maestría/Doctorado

**76. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

Fecha:  /  /   
 Mes / Día / Año

**Por favor use este espacio para cualquier comentario adicional que usted quisiera hacer acerca de sus experiencias o las de su hijo o acerca de la salud de madres y niños de Nuevo México.**

**MUCHAS GRACIAS por completar esta encuesta y ayudar a mejorar la salud de las mujeres y niños de Nuevo México. Después que hayamos recibido su cuestionario, le estaremos enviando la tarjeta de regalos como modo de apreciación por su tiempo.**

<b>17. ¿Su niño/a...</b>		
a. Parece nervioso/a o asustado/a?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Parece triste o infeliz?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se molesta si las cosas no se hacen de cierta manera?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiene dificultad con los cambios?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tiene dificultad al jugar con otros niños?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rompe cosas a propósito?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pelea con otros niños?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tiene dificultad para prestar atención?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tiene dificultad para calmarse?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Se le dificulta mantenerse en una sola actividad?		
Nunca	Un Poco	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño.</b>		
<b>18. ¿Cuánto hace cada una de estas cosas su niño?</b> Si su niño ya no hace algo, escoja la respuesta que describa con qué frecuencia lo hacía antes.		
a. Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo—por ejemplo nariz, mano, o boca		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sube escaleras en el parque de juegos		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Usa palabras como “yo” o “mío”		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Salta en el suelo con los dos pies		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Junta 2 o más palabras—como “más agua” o “quiero leche”		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Usa palabras para pedir ayuda		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Nombra por lo menos un color		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Intenta hacer que usted lo mire diciendo “Mírame”		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dice su nombre cuando se lo preguntan		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Dibuja líneas		
Todavía No	Algunas Veces	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>68. ¿Le hizo sentir más segura o con mayor conocimiento el visitante al hogar en las siguientes áreas?</b> Por favor conteste Sí o No para cada una:	
	SÍ NO
a. Apoyar el aprendizaje de mi niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Amamantar (dar pecho)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Sueño Seguro (p.ej. cómo acuesto a mi bebé, qué poner o no en la cuna, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. Vinculación afectiva con mi hijo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Conocer los signos de depresión	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. Los logros en el desarrollo de mi niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
g. Métodos anticonceptivos y planificación familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
h. Conectando con los recursos en su comunidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
i. Obteniendo un trabajo nuevo o adelantando mi educación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>69. ¿Cómo conoció sobre los servicios de visita al hogar?</b> Por favor conteste Sí o No para cada una:	
	SÍ NO
a. Escuché de un amigo o miembro de la familia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Fui referida por el doctor de mi niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Fui referida por mi proveedor del cuidado prenatal (OB/GYN, partera, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. Fui referida en el hospital cuando tuve a mi bebé	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Fui referida por otro profesional de salud o de un consejero	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. Recibí visitas al hogar por otro de mis niños	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
g. Vi un panfleto, cartelera, u otros materiales informativos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>70. ¿Cuál es el nombre del programa de visitación al hogar en el que usted participó?</b>	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Yo no sé/recuerdo	
<b>Vaya a la Pregunta 72</b>	
<b>71. Si usted fue referida a un programa de visitación al hogar y se negó, ¿cuáles fueron sus razones?</b> Por favor conteste Sí o No para cada una:	
	SÍ NO
a. Me sentía con conocimiento adecuado y/o apoyada como madre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. No me sentía cómoda con alguien viniendo a mi hogar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Mi pareja u otro miembro de la familia no quería que recibiera visitas en el hogar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. El programar visitas al hogar parecía como añadir otra fuente de estrés	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Verdaderamente no le veía el beneficio de la visitación al hogar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. No entendía lo que la visitación al hogar podría ofrecer	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>72. Durante los pasados dos años, ¿utilizó algunos de los siguientes servicios para alimentarse usted o a los miembros de su hogar?</b>	
	SÍ NO
a. WIC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Estampillas de Alimentos (SNAP)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Banco o Despensa de Alimentos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. Programas de almuerzos escolares gratis o de bajo costo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**19. ¿Con qué frecuencia cena junta la familia?**

Siempre  
 Casi siempre  
 A Veces  
 Nunca

**20. Durante la última semana, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño/a?**

0 días       4 días  
 1 día       5 días  
 2 días       6 días  
 3 días       7 días

**21. ¿Cuándo dejó de utilizar su niño de dos años la botella o vasito con tapa?**

Todavía usando la botella/vasito con tapa  
 Menos de 1 año  
 12-23 meses  
 2 años  
 Nunca ha utilizado la botella/vasito con tapa  
**→ Vaya a la Pregunta 24**

**22. ¿Qué clases de bebidas toma (tomó) su niño de dos años en su botella/vasito con tapa?**

	SÍ	NO
a. Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leche de vaca o cualquier otro tipo de leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Soda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. ¿Cuán a menudo se acuesta (se acostaba) con la botella su niño de dos años?**

Siempre  
 A Menudo  
 A Veces  
 Rara Vez  
 Nunca

**24. ¿Cuándo comenzó usted a lavarle los dientes a su niño de dos años dos veces al día?**

No le cepillo sus dientes regularmente dos veces al día  
 Menos de 1 año  
 12-23 meses  
 2 años

**Las preguntas a continuación son acerca del cuidado infantil. El cuidado infantil se refiere a cualquier forma de arreglo regular en donde alguien más, aparte de los padres o tutores legales se hacen cargo de su niño de dos años. Por favor indique si el cuidado infantil es preescolar, cuidado diurno, Head Start, o cuidado en el hogar por familiares o amigos.**

**25. ¿Tiene usted arreglos regulares de cuidado infantil para su niño de dos años?**

Sí  
 No → Vaya a la Pregunta 28

**26. ¿Cuál es su arreglo para cuidado infantil regular o más utilizado? Por favor marque uno.**

Cuidado infantil en el hogar por alguien que no es familia  
 Centro de cuidado infantil, preescolar o Head Start  
 Cuidado en mi hogar pagado a un familiar (que no es el tutor legal de mi niño)  
 Cuidado en mi hogar pagado a una persona que no es familia  
 Cuidado no pagado en el hogar de un familiar  
 Cuidado pagado en el hogar de un familiar  
 Otro → Por favor, díganos:

**27. ¿Durante el pasado mes, ¿cuántas horas permaneció su niño en cuidado infantil?**

Menos de 10 horas  
 10-19 horas  
 20-29 horas  
 30-39 horas  
 40 horas o más

**Q63 continued...**

	SÍ	NO
d. ¿Vivió usted con alguien quien sirvió tiempo o fue sentenciado a servir tiempo en una prisión, cárcel, u otra facilidad correccional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Alguna vez estuvieron sus padres separados o divorciados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se daban cachetadas, se golpeaban, pateaban, se daban puños o peleaban sus padres a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Antes de los 18 años, ¿alguno de los padres o adultos en el hogar le golpeó, pateó, o le hirió físicamente a ud. en alguna manera? (No incluya nalgadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Alguno de los padres o adultos en su hogar le maldecía, insultaba o le humillaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Fue tocado sexualmente alguna vez por alguien al menos 5 años mayor que usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Trató alguien mayor que usted que le tocara sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las siguientes preguntas son acerca de servicios que usted pudo haber recibido después del nacimiento de su niño de dos años**

**64. Desde el nacimiento de su niño de dos años, ¿le fueron OFRECIDOS servicios de visitas al hogar? Un visitante al hogar es alguien quien puede hablar con usted acerca del desarrollo de su niño, autocuidado como madre primeriza, dar pecho, sueño seguro, y cuidado a su niño, entre otros temas.**

Sí  
 No → Vaya a la Pregunta 72

**65. ¿ACEPTÓ usted el ofrecimiento de los servicios de visita al hogar?**

Sí  
 No → Vaya a la Pregunta 71

**66. ¿Con cuánta frecuencia fue usted visitada durante el PRIMER año de la vida de su niño?**

Solamente algunas veces  
 Como una vez al mes  
 Como dos veces al mes  
 Casi semanalmente

**67. ¿Con cuánta frecuencia fue usted visitada en el SEGUNDO año de la vida de su niño?**

Las visitas terminaron para ese entonces  
 Solamente algunas veces  
 Como una vez al mes  
 Como dos veces al mes  
 Casi semanalmente

Las siguientes preguntas son acerca de eventos que pudieron haber sucedido en la vida de su niño. Estas cosas pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas se pueden sentir incómodas con estas preguntas. Usted puede dejar en blanco estas preguntas si no desea contestarlas.

**28. A su mejor entender, ¿ha experimentado su niño ALGUNA VEZ, cualquiera de las siguientes?**

	SÍ	NO
a. Padre o tutor divorciado o separado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
b. Padre o tutor murió	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
c. Padre o tutor sirvió tiempo en la cárcel	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
d. Vio o escuchó a los padres o adultos, abofetearse, golpearse, patearse en el hogar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
e. Fue víctima de violencia o fue testigo de violencia en su vecindario	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
f. Vivió con alguien que estaba enfermo mentalmente, suicida, o severamente deprimido	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
g. Vivió con alguien con problemas de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
h. Tratado o juzgado injustamente por su raza o grupo étnico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado de la salud de su niño de dos años.

**29. Durante los pasados 12 meses, ¿le pidió el doctor de su niño de dos años, enfermera u otro trabajador del cuidado de la salud llenar un cuestionario acerca de su desarrollo o comportamiento?**

Sí  
 No

**30. ¿Le refirió el doctor de su niño, enfermera o trabajador del cuidado de la salud a los Servicios de Intervención Temprana para verificar su desarrollo?**

Sí  
 No

**31. ¿Tiene usted al menos un proveedor del cuidado de la salud que usted considera su Doctor o Enfermera personal para su niño de dos años?**

Sí  
 No

**32. ¿Ha retrasado o denegado vacunas alguna vez para su niño de dos años?**

Sí  
 No → Vaya a la Pregunta 34

**33. ¿Cuáles fueron sus razones principales para retrasar o denegar vacunas para su niño de dos años?**

	SÍ	NO
a. No sabía cuándo le tocaban las vacunas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
b. No pude hacer una cita para cuando la quería	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
c. Creo que algunas vacunas son dadas muy temprano	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
d. Creo que se ponen demasiadas vacunas al mismo tiempo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
e. Me preocupan los efectos secundarios de las vacunas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
f. No creo que la enfermedad afecte a mi niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
g. Tengo creencias religiosas o preocupaciones acerca de algunas vacunas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
h. Otro → Por favor, díganos: _____		

**56. Desde el nacimiento de su niño de dos años, ¿qué tan difícil ha sido para su familia pagar por los gastos básicos como alimentos, ropa, vivienda, cuidado médico y/o dental y transportación?**

Sin problema  
 Un poco duro  
 Moderadamente duro  
 Bien duro

**57. Desde el nacimiento de su niño de dos años, ¿cuánto apoyo emocional ha recibido usted de parte de su esposo o compañero?**

Mucho  
 Algo  
 Muy poco  
 Nada

**58. Desde el nacimiento de su niño de dos años, ¿cuánto apoyo emocional ha recibido usted de parte de su familia o amistades?**

Mucho  
 Algo  
 Muy poco  
 Nada

**59. En general, ¿cómo describe usted su relación con su marido o pareja?**

No hay tensión  
 Alguna tensión  
 Mucha tensión  
 No me aplica

**60. ¿Trabajan usted y su compañero los argumentos con:**

Sin dificultad?  
 Alguna dificultad?  
 Mucha dificultad?  
 No me aplica

**61. ¿Es usted un miembro activa de una iglesia, sinagoga, mezquita, u otro tipo de organización religiosa?**

Sí  
 No

**62. Por favor conteste Sí o No para cada una de las siguientes declaraciones. ¿Conozco usted a alguien quien...**

	SÍ	NO
a. Le prestaría dinero para las facturas si lo necesitara?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
b. Le ayudaría si usted estuviera enferma o necesitara permanecer en la cama?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
c. Le llevaría a la clínica u oficina del doctor si necesitara transportación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
d. Le escucharía si usted necesitara hablar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
e. Le ayudaría a cuidar de su niño si usted lo necesitara?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Las preguntas a continuación son acerca de eventos que quizás le hayan sucedido en su niñez. Algunos de estos tópicos pueden ser difíciles o sensibles y usted podría sentirse incómoda contestándolos. Usted puede dejar en blanco estas preguntas si no desea contestarlas.

**63. Estas preguntas son acerca de cosas que le pudieron haber o no sucedido en su niñez. Por favor conteste si le sucedieron o si no le sucedieron.**

	SÍ	NO
a. ¿Vivió usted con alguien que estaba deprimido, enfermo mentalmente, o suicida?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
b. ¿Vivió usted con alguien que fuera bebedor problemático o alcohólico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
c. ¿Vivió usted con alguien que usaba drogas ilegales o abusaba de medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**Pase a la próxima página...**

**34. ¿Alguna vez su niño de dos años ha ido al dentista o a una clínica dental?**

Sí  
 No → Vaya a la Pregunta 36

**35. ¿A qué edad su niño de dos años fue al dentista o clínica dental por primera vez?**

Menos de 1 año  
 1 año  
 2 años  
**Vaya a la Pregunta 37**

**36. ¿Cuáles son las razones por las que su niño de dos años NO ha ido a una clínica dental?**

	SÍ	NO
a. No pude hacer una cita para cuando la quería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No tenía transportación para llegar a la oficina del dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No pude conseguir un dentista que viera a mi niño porque no aceptan Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Un proveedor del cuidado de la salud o dental me dijo que mi niño era demasiado joven para ver al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No sabía que mi niño tenía que ir al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otra → Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. ¿Alguna vez le ha informado su proveedor del cuidado de la salud que su niño de dos años tiene alguna de las siguientes condiciones?**  
**En caso afirmativo, por favor díganos la edad (en meses) en que su niño fue diagnosticado. Para las infecciones del oído, favor de indicar cuántas veces tuvo la infección**

	SÍ	NO
a. Autismo o Trastorno del Espectro de Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
b. Problemas de Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
c. Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
d. Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
e. Caries o Cavidades Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
f. Infecciones de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces ha tenido infecciones?	_____ veces	
g. El Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad fue diagnosticado?	_____ meses	
¿Tiene usted un plan de acción para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46. En los pasados 12 meses, ¿utilizó usted alguna de las siguientes drogas? Sus respuestas son estrictamente confidenciales.**

	SÍ	NO
a. Receta para depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Analgésicos recetados tales como hidrocodona (Vicodin®), oxicodona (Percocet®), o codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Marihuana (pot, weed, bud, mota o hashish (hash))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Metadona, Naloxone (Narcan®), Subutex®, o Suboxone®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Heroína (smack, junk, Alquitrán Negro, Chiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Anfetaminas (uppers, speed, crystal meth, crank, ice, agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cocaína (crack, rock, base)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Durante los pasados 12 meses, ¿ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?**

Sí  
 No

**48. Durante los pasados 12 meses, ¿ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas?**

Sí  
 No

**49. ¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?**

Sí  
 No

**50. ¿Alguna persona fuma tabaco en la casa?**

Sí  
 No

**51. Durante los PRIMEROS 12 meses de la vida de su niño, ¿con cuánta frecuencia se había sentido deprimida o sin esperanzas?**

Siempre  
 A Menudo  
 A Veces  
 Rara Vez  
 Nunca

**52. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le había molestado sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza?**

Nunca  
 Varios días  
 Más de la mitad de los días  
 Casi todos los días

**53. Durante los PRIMEROS 12 meses de la vida, ¿con qué frecuencia había estado menos interesada en cosas o había disfrutado menos al hacer cosas?**

Siempre  
 A Menudo  
 A Veces  
 Rara Vez  
 Nunca

**54. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?**

Nunca  
 Varios días  
 Más de la mitad de los días  
 Casi todos los días

**55. Durante los últimos 12 meses, ¿nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más?**

Nunca  
 A Veces  
 Frecuentemente

38. ¿Está cubierto/a actualmente su NIÑO DE DOS AÑOS por alguno de los siguientes seguros de salud?	
	SÍ NO
a. Seguro médico de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, compañero, o padres	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Seguro médico que yo o alguien más paga (no del trabajo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Centennial Care, Medicaid o SCHIP	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. TRICARE u otro cuidado médico militar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Servicios de Salud Indígenas o Plan 638	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. NM Health Insurance Exchange/Bewellnm.com	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
g. Healthcare.gov	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
h. Otra → Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
i. En este momento, mi niño de dos años no tiene ningún seguro médico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
39. ¿Desde el nacimiento de su niño, ¿ha habido alguna ocasión en la que su niño de dos años haya estado sin seguro médico?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
40. ¿Está cubierto por algún seguro dental su niño de dos años?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

41. ¿Alguna de las siguientes cosas se interpusieron para que usted no pudiera obtener cuidado de salud para SU NIÑO DE DOS AÑOS cuando lo necesitó?	
	SÍ NO
a. No pude hacer una cita para cuando la quería	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la visita	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. No tenía transportación para llegar a la clínica u oficina del doctor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. No pude tomar tiempo libre del trabajo o la escuela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. No pude encontrar a un proveedor que viera a mi niño	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. No tenía a nadie que se hiciera cargo de mis otros niños	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
g. Otras → Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p><b>Esta próxima sección de preguntas son acerca de ud. Comienzan en la próxima página.</b></p>	

42. ¿Está USTED actualmente cubierta por alguno de los siguientes seguros de salud?	
	SÍ NO
a. Seguro médico de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, compañero, o padres	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Seguro médico que yo o alguien más paga (no del trabajo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Centennial Care, Medicaid o SCHIP	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. TRICARE u otro cuidado médico militar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Servicios de Salud Indígenas o Plan 638	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. Planificación Familiar o Título X	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
g. NM Health Insurance Exchange/Bewellnm.com	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
h. Healthcare.gov	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
i. Otras → Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
j. En este momento, no tengo ningún seguro médico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
43. En los pasados dos años, ¿ha estado en algún momento sin seguro médico?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

44. ¿Alguna de las siguientes cosas se interpusieron para que USTED no pudiera obtener cuidado de salud cuando lo necesitó?		
	SÍ	NO
a. No pude hacer una cita para cuando la quería	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
b. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por la visita	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
c. No tenía transportación para llegar a la clínica u oficina del doctor	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
d. No pude tomar tiempo libre del trabajo o la escuela	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
e. No pude encontrar a un proveedor que me viera	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
f. No tenía a nadie que se cuidara de mis otros niños	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
g. Otras → Por favor, díganos: _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
45. ¿Alguna vez, un doctor le ha diagnosticado a usted con cualquiera de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, ¿está siendo usted tratada actualmente para la condición, por un profesional de la salud o salud mental?		
	Diagnosticada SÍ NO	Tratamiento SÍ NO
a. Depresión posparto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. Desorden bipolar o maníaco depresivo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. Depresión (diferente a depresión bipolar)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
d. Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
e. Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
f. Otros trastornos mentales o del comportamiento	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

