

Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadro que aparece a la izquierda de su respuesta.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

- ☒₁ Sí → ***Si contestó "Sí", vaya a la pregunta 1***
☐₂ No

La información personal identificable no se hará pública y solo se dará a conocer de conformidad con las leyes y reglamentos federales.

Usted puede optar por responder a esta encuesta o no. Si decide no participar, esto no afectará los beneficios que su niño obtenga. Usted notará un número en la portada de esta encuesta. Este número se utiliza SOLO para hacernos saber si usted ya envió su encuesta para que no tengamos que enviarle recordatorios.

Si quiere informarse más sobre este estudio, llame al 1-833-257-1377. Las personas con problemas de audición o del habla pueden llamar al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS).

Conteste las preguntas para el niño cuyo nombre figura en el sobre. No las conteste para ningún otro niño.

1. Nuestros registros muestran que su niño actualmente está inscrito en Oregon Health Plan. ¿Es correcta esta información?

- ☐₁ Sí → ***Si contestó "Sí", vaya a la pregunta 3***
☐₂ No

2. ¿Cómo se llama el plan de salud de su niño?
(por favor, utilice letra de molde):

La atención médica que recibió su niño en los últimos 6 meses

Estas preguntas se refieren a la atención médica que su niño recibió en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico. Esto incluye la atención que su niño recibió en persona, por teléfono o por video. No incluya la atención que su niño recibió cuando pasó la noche hospitalizado. No incluya las consultas de su niño al dentista.

3. En los últimos 6 meses, ¿su niño tuvo alguna enfermedad, lesión o afección que requiriera atención inmediata?

- ☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 5***

4. En los últimos 6 meses, cuando su niño necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia atendieron a su niño tan pronto como lo necesitaba?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita en persona, por teléfono o por video para un chequeo o una consulta de rutina para su niño?

☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 7***

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para un chequeo o atención de rutina para su niño tan pronto como lo necesitaba?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

7. En los últimos 6 meses, sin contar las veces que su niño fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces su niño recibió atención médica en persona, por teléfono o por video?

☐₀ Ninguna vez → ***Si contestó "Ninguna vez", vaya a la pregunta 11***

☐₁ 1 vez
☐₂ 2
☐₃ 3
☐₄ 4
☐₅ 5 a 9
☐₆ 10 veces o más

8. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le contestaron sus preguntas los doctores u otros profesionales médicos de su niño?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

9. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 la peor atención médica posible y 10 la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar toda la atención médica que su niño ha recibido en los últimos 6 meses?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El peor atención médica posible					El mejor atención médica posible					

10. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que su niño necesitaba?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

11. ¿Está matriculado actualmente su niño en algún tipo de escuela o guardería?

☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 14***

12. En los últimos 6 meses, ¿necesitó que los doctores u otros profesionales médicos de su niño se pusieran en contacto con una escuela o guardería acerca de la salud o la atención médica de su niño?

☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 14***

13. En los últimos 6 meses, ¿consiguió la ayuda de los doctores u otros profesionales médicos de su niño que necesitaba para ponerse en contacto con la escuela o guardería de su niño?

☐₁ Sí
☐₂ No

Servicios especializados

14. En el equipo o dispositivo médico especial se incluye un andador, silla de ruedas, nebulizador, tubos de alimentación o equipo de oxígeno. En los últimos 6 meses, ¿consiguió o intentó conseguir algún equipo o dispositivo médico especial para su niño?
- ☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 17***
15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir el equipo o dispositivos médicos especiales para su niño?
- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre
16. ¿Alguien del consultorio médico o clínica del plan de salud de su niño le ayudó a conseguir el equipo o dispositivos médicos especiales para su niño?
- ☐₁ Sí
☐₂ No
17. En los últimos 6 meses, ¿consiguió o intentó conseguir terapia especial para su niño, tal como terapia física, ocupacional o del habla?
- ☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 20***
18. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir esta terapia para su niño?
- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre
19. ¿Alguien del consultorio médico o clínica del plan de salud de su niño le ayudó a conseguir esta terapia para su niño?
- ☐₁ Sí
☐₂ No
20. En los últimos 6 meses, ¿consiguió o intentó conseguir tratamiento o consejería para su niño, para un problema emocional, de desarrollo o de comportamiento?
- ☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 23***
21. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir este tratamiento o consejería para su niño?
- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre
22. ¿Alguien del consultorio médico o clínica del plan de salud de su niño le ayudó a conseguir este tratamiento o consejería para su niño?
- ☐₁ Sí
☐₂ No
23. En los últimos 6 meses, ¿recibió su niño atención de más de un tipo de profesional médico, o usó más de un tipo de servicio de salud?
- ☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 25***
24. En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio médico o clínica del plan de salud de su niño le ayudó a coordinar la atención médica de su niño entre estos diferentes profesionales o servicios?
- ☐₁ Sí
☐₂ No

El doctor personal de su niño

25. Un doctor personal es con quien su niño hablaría si necesita un chequeo, si tiene algún problema de salud, o si se enferma o lesiona. ¿Tiene su niño un doctor personal?

☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 40***

26. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces su niño tuvo una consulta en persona, por teléfono o por video con su doctor personal?

☐₀ Ninguna vez → ***Si contestó “Ninguna vez”, vaya a la pregunta 36***

☐₁ 1 vez
☐₂ 2
☐₃ 3
☐₄ 4
☐₅ 5 a 9
☐₆ 10 veces o más

- 26a. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia se le hizo difícil hablar con el doctor personal de su niño o entenderlo porque hablaban idiomas diferentes?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

27. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le explicó los aspectos sobre la salud de su niño de una manera fácil de entender?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

28. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le escuchó a usted con atención?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

30. ¿Puede su niño hablar con los doctores sobre su atención médica?

☐₁ Sí
☐₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 32***

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le explicó las cosas a su niño de una manera fácil de entender?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

32. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño pasó suficiente tiempo con este?

☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

33. En los últimos 6 meses, ¿habló el doctor personal de su niño con usted sobre cómo su niño se estaba sintiendo, estaba creciendo o se estaba comportando?

☐₁ Sí
☐₂ No

34. En los últimos 6 meses, ¿atendió a su niño algún doctor u otro profesional médico además de su doctor personal?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 36***

35. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño parecía estar informado y al día acerca de la atención que su niño había recibido de estos doctores u otros profesionales médicos?

☐₁ Nunca

☐₂ A veces

☐₃ La mayoría de las veces

☐₄ Siempre

36. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 el peor doctor personal posible y 10 el mejor doctor personal posible, ¿qué número usaría para calificar al doctor personal de su niño?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

El peor doctor
personal posible

El mejor doctor
personal posible

37. ¿Tiene su niño alguna condición médica, de comportamiento u otra condición de salud que haya durado más de 3 meses?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 40***

38. ¿El doctor personal de su niño entiende cómo estas condiciones médicas, de comportamiento u otras condiciones de salud afectan la vida cotidiana de su niño?

☐₁ Sí

☐₂ No

39. ¿El doctor personal de su niño entiende cómo estas condiciones médicas, de comportamiento u otras condiciones de salud afectan la vida cotidiana de su familia?

☐₁ Sí

☐₂ No

La atención médica que recibió de especialistas

Cuando responda las siguientes preguntas, incluya la atención que su niño recibió en persona, por teléfono o por video. No incluya las consultas al dentista ni la atención que su niño recibió cuando pasó la noche hospitalizado.

40. Los especialistas son doctores, como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros doctores, quienes se especializan en un área de la atención médica. En los últimos 6 meses, ¿concertó alguna cita para su niño con un especialista?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 44***

41. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió citas para su niño con un especialista tan pronto como lo necesitaba?

☐₁ Nunca

☐₂ A veces

☐₃ La mayoría de las veces

☐₄ Siempre

42. ¿Con cuántos especialistas ha hablado su niño en los últimos 6 meses?

☐₀ Ninguno → ***Si contestó "Ninguno", vaya a la pregunta 44***

☐₁ 1 especialista

☐₂ 2

☐₃ 3

☐₄ 4

☐₅ 5 especialistas o más

43. Queremos saber su calificación sobre el especialista con quien su niño habló con más frecuencia en los últimos 6 meses. Usando cualquier número del 0 al 10, siendo 0 es el peor especialista posible y 10 es el mejor especialista posible, ¿qué número usaría para calificar a dicho especialista?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El peor especialista posible					El mejor especialista posible					

El plan de salud de su niño

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el plan de salud de su niño.

44. En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda por parte del servicio al cliente del plan de salud de su niño?

☐ ₁ Sí
☐ ₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 47***

45. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente del plan de salud de su niño le dio la información o ayuda que usted necesitaba?

☐ ₁ Nunca
☐ ₂ A veces
☐ ₃ La mayoría de las veces
☐ ₄ Siempre

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente del plan de salud de su niño le trató con cortesía y respeto?

☐ ₁ Nunca
☐ ₂ A veces
☐ ₃ La mayoría de las veces
☐ ₄ Siempre

47. En los últimos 6 meses, ¿le dio el plan de salud de su niño algún formulario para completar?

☐ ₁ Sí
☐ ₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 49***

48. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de completar los formularios del plan de salud de su niño?

☐ ₁ Nunca
☐ ₂ A veces
☐ ₃ La mayoría de las veces
☐ ₄ Siempre

49. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 el peor plan de salud posible y 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar al plan de salud de su niño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El peor plan de salud posible					El mejor plan de salud posible					

Medicinas recetadas

50. En los últimos 6 meses, ¿consiguió o renovó alguna medicina recetada para su niño?

☐ ₁ Sí
☐ ₂ No → ***Si contestó “No”, vaya a la pregunta 52a***

51. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil conseguir medicinas recetadas para su niño a través de su plan de salud?

☐ ₁ Nunca
☐ ₂ A veces
☐ ₃ La mayoría de las veces
☐ ₄ Siempre

52. ¿Alguien del consultorio médico o clínica del plan de salud de su niño le ayudó a conseguir las medicinas recetadas para su niño?

☐ ₁ Sí
☐ ₂ No

Acceso a atención dental

52a. Un dentista regular es a quien su niño va a ver para un chequeo y limpieza o cuando tiene una carie o un dolor de diente. ¿Su niño tiene un dentista regular?

- ☐₁ Sí
☐₂ No → **Si contestó “No”, vaya a la pregunta 52c**

52b. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 el peor dentista regular posible y 10 el mejor dentista regular posible, ¿qué número usaría para calificar al dentista regular de su niño?

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| El peor dentista regular posible | | | | | El mejor dentista regular posible | | | | | |

52c. En los últimos 6 meses, ¿fue su niño al consultorio de un dentista o a una clínica dental para recibir atención?

- ☐₁ Sí
☐₂ No → **Si contestó “No”, vaya a la pregunta 52f**

52d. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal dental o el dentista le explicaron lo que le hacían mientras trataron a su niño?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

52e. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió citas de atención dental para su niño tan pronto como las quería?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

52f. En los últimos 6 meses, si su niño necesitó ver a un dentista de inmediato por una emergencia dental, ¿con qué frecuencia él o ella pudo ver a un dentista tan pronto como usted quería?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre
☐₅ Mi niño no tuvo una emergencia dental en los últimos 6 meses

52g. Si usted trató de conseguir una cita para su niño con un dentista que se especializaba en un tipo de atención dental en particular en los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le dieron una cita tan pronto como la quería?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre
☐₅ No traté de conseguir una cita con un especialista dental para mi niño en los últimos 6 meses

52h. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo que pasar más de 15 minutos en la sala de espera antes de que atendieran a su niño?

- ☐₁ Nunca → **Si contestó “Nunca”, vaya a la pregunta 52j**
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

52i. Si tuvo que pasar más de 15 minutos en la sala de espera antes de que atendieran a su niño, ¿con qué frecuencia alguien le dijo el motivo de la demora o de cuánto tiempo iba a ser la demora?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

52j. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo extremadamente difícil y el 10 extremadamente fácil, ¿qué número usaría para calificar cuán fácil le fue encontrar un dentista para su niño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extremadamente difícil					Extremadamente fácil					

☐₁₁ No intenté buscar un dentista para mi niño.

52k. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 la peor atención dental posible y 10 la mejor atención dental posible, ¿qué número usaría para calificar toda la atención dental que su niño recibió en los últimos 6 meses?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La peor atención dental posible					La mejor atención dental posible					

☐₁₁ Mi niño no recibió atención dental en los últimos 6 meses.

Acerca de usted y de su niño

53. En general, ¿cómo calificaría toda la salud de su niño?

- ☐₁ Excelente
- ☐₂ Muy buena
- ☐₃ Buena
- ☐₄ Regular
- ☐₅ Mala

54. En general, ¿cómo calificaría toda la salud mental o emocional de su niño?

- ☐₁ Excelente
- ☐₂ Muy buena
- ☐₃ Buena
- ☐₄ Regular
- ☐₅ Mala

55. ¿Actualmente necesita o usa su niño una medicina recetada por un doctor (aparte de vitaminas)?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 58***

56. ¿Es esto debido a alguna condición médica, de comportamiento u otra condición de salud?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 58***

57. ¿Es esta una condición que ha durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No

58. ¿Necesita o usa su niño más servicios médicos, de salud mental o educativos de lo que es normal para la mayoría de los niños de la misma edad?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 61***

59. ¿Es esto debido a alguna condición médica, de comportamiento u otra condición de salud?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 61***

60. ¿Es esta una condición que ha durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No

61. ¿Está su niño limitado o impedido de alguna manera en su habilidad de hacer lo que pueden hacer la mayoría de los niños de la misma edad?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 64***

62. ¿Es esto debido a alguna condición médica, de comportamiento u otra condición de salud?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 64***

63. ¿Es esta una condición que ha durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses?

☐₁ Sí

☐₂ No

64. ¿Necesita o recibe su niño terapia especial, tal como terapia física, ocupacional o del habla?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 67***

65. ¿Es esto debido a alguna condición médica, de comportamiento u otra condición de salud?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 67***

66. ¿Es esta una condición que ha durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses?

☐₁ Sí

☐₂ No

67. ¿Tiene su niño algún problema emocional, de desarrollo o de comportamiento, para el cual necesita o recibe tratamiento o consejería?

☐₁ Sí

☐₂ No → ***Si contestó "No", vaya a la pregunta 69***

68. ¿Ha durado este problema o se espera que dure por lo menos 12 meses?

☐₁ Sí

☐₂ No

69. ¿Qué edad tiene su niño?

☐₀₀ Menos de un año

_____ AÑOS (*escriba la respuesta*)

70. ¿Qué edad tiene usted?

☐₀ Menos de 18 años

☐₁ 18 a 24

☐₂ 25 a 34

☐₃ 35 a 44

☐₄ 45 a 54

☐₅ 55 a 64

☐₆ 65 a 74

☐₇ 75 años o más

71. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

☐₁ 8 años de escuela o menos

☐₂ 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse

☐₃ Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria o su equivalente (o GED)

☐₄ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años

☐₅ Título universitario de 4 años

☐₆ Título universitario de más de 4 años

72. ¿Qué relación tiene con el niño?

☐₁ Madre o padre

☐₂ Abuelo o abuela

☐₃ Tía o tío

☐₄ Hermano o hermana mayor

☐₅ Otro familiar

☐₆ Tutor legal del niño

☐₇ Otra person

Idioma

73a. En su hogar, ¿solo habla inglés?

- ☐₁ Sí
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

73b. ¿Necesita o desea normalmente alguno de los siguientes para facilitar la comunicación sobre asuntos importantes, como información médica, legal o de salud? (Selecione todas las opciones que correspondan).

- ☐_A Sí - Dispositivo de ayuda auditiva, como un sistema de modulación de frecuencia (FM) o un sistema de bucle inductivo (por favor especifique)
☐_B Sí - Traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación (CART)/ subtítulo
☐_C No
☐_D No sé
☐_E No deseo responder

Si solo habla inglés en su hogar y no necesita ni desea ayuda con la comunicación → **Vaya a la pregunta 78.**

74. ¿Qué idiomas usa en su hogar? (Selecione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| ☐ _A Inglés | ☐ _I Mien |
| ☐ _B Español | ☐ _J Rumano |
| ☐ _C Árabe | ☐ _K Ruso |
| ☐ _D Camboyano | ☐ _L Lenguaje de señas |
| ☐ _E Chino | ☐ _M Somalí |
| ☐ _F Hmong | ☐ _N Tagalo |
| ☐ _G Japonés | ☐ _O Ucraniano |
| ☐ _H Lao | ☐ _P Vietnamita |
- ☐_Q No está incluido: (por favor especifique)

☐_R No deseo responder

75. ¿Qué idioma prefiere usar cuando se comunica (en persona, por teléfono, virtualmente) con alguien externo a su hogar sobre asuntos como información médica, legal o de salud? (Selecione solo una opción).

- | | |
|--|--|
| ☐ ₀₁ Inglés | ☐ ₀₉ Mien |
| ☐ ₀₂ Español | ☐ ₁₀ Rumano |
| ☐ ₀₃ Árabe | ☐ ₁₁ Ruso |
| ☐ ₀₄ Camboyano | ☐ ₁₂ Lenguaje de señas |
| ☐ ₀₅ Chino | ☐ ₁₃ Somalí |
| ☐ ₀₆ Hmong | ☐ ₁₄ Tagalo |
| ☐ ₀₇ Japonés | ☐ ₁₅ Ucraniano |
| ☐ ₀₈ Lao | ☐ ₁₆ Vietnamita |
- ☐₁₇ No está incluido: (por favor especifique)

☐₁₈ No deseo responder

76. ¿Qué idioma prefiere usar para leer información escrita importante, como información médica, legal o de salud? (Selecione solo una opción).

- | | |
|--|---|
| ☐ ₀₁ Inglés | ☐ ₀₉ Mien |
| ☐ ₀₂ Español | ☐ ₁₀ Rumano |
| ☐ ₀₃ Árabe | ☐ ₁₁ Ruso |
| ☐ ₀₄ Camboyano | ☐ ₁₂ Somalí |
| ☐ ₀₅ Chino | ☐ ₁₃ Tagalo |
| ☐ ₀₆ Hmong | ☐ ₁₄ Ucraniano |
| ☐ ₀₇ Japonés | ☐ ₁₅ Vietnamita |
| ☐ ₀₈ Lao | |
- ☐₁₆ No está incluido: (por favor especifique)

☐₁₇ No deseo responder

77. ¿Qué tan bien habla inglés?

- ☐₁ Muy bien
☐₂ Bien
☐₃ No bien
☐₄ Nada
☐₅ No sé
☐₆ No deseo responder

78. ¿Prefiere tener un intérprete cuando habla sobre la información médica o de salud de su niño?

- ☐₁ Sí
☐₂ No → **Si contestó “No”, vaya a la pregunta 82**

79. ¿Qué tipo de intérprete prefiere usar?

- ☐₁ Lenguaje hablado
☐₂ Lenguaje de señas

80. Si usted necesitó un intérprete para hablar sobre la información médica o de salud de su niño, ¿con qué frecuencia consiguió uno tan pronto como lo necesitaba?

- ☐₁ Nunca
☐₂ A veces
☐₃ La mayoría de las veces
☐₄ Siempre

81. ¿Queremos saber su calificación del intérprete que trabajó con usted con más frecuencia para hablar sobre la información médica o de salud de su niño en los últimos 6 meses. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 el peor intérprete posible y 10 el mejor intérprete posible, ¿qué número usaría para calificar a ese intérprete?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
El peor intérprete posible						El mejor intérprete posible				

Dificultades funcionales

82. ¿Es su niño sordo o tiene serias dificultades para oír?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

83. ¿Es su niño ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa lentes?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

Si su niño tiene menos de 5 años → **Vaya a la pregunta 91.**

84. ¿Tiene su niño serias dificultades para caminar o subir escaleras?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

85. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene su niño serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

86. ¿Tiene su niño dificultades para vestirse o bañarse?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

87. ¿Tiene su niño serias dificultades para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

- ☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____
☐₂ No
☐₃ No sé
☐₄ No deseo responder

88. Cuando usa el idioma habitual de su niño, ¿tiene su niño serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____

☐₂ No

☐₃ No sé

☐₄ No deseo responder

☐₅ No sabe cuál es la pregunta que se le hace

Si su niño tiene menos de 15 años → **Vaya a la pregunta 91.**

89. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene su niño dificultades para hacer mandados solo, como visitar un consultorio médico o ir de compras?

☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____

☐₂ No

☐₃ No sé

☐₄ No deseo responder

90. ¿Tiene su niño serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, el control de su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?

☐₁ Sí → **Si contestó “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta condición?** _____

☐₂ No

☐₃ No sé

☐₄ No deseo responder

☐₅ No sabe cuál es la pregunta que se le hace

91. Si su niño se identifica como una persona con una discapacidad o condición física, mental, emocional, cognitiva o intelectual, describa dicha discapacidad o condición de la manera que prefiera: *(por favor, utilice letra de molde)*:

Si su niño no se identifica como una persona con una discapacidad o condición física, mental, emocional, cognitiva o intelectual. → **Vaya a la pregunta 93.**

92a. Si su niño se identifica como una persona con una discapacidad o condición física, mental, emocional, cognitiva o intelectual, ¿normalmente necesita o desea su niño adaptaciones relacionadas con la discapacidad para facilitar la comunicación sobre asuntos importantes, como información médica, legal o de salud?

☐₁ Sí

☐₂ No → **Si contestó “No”, vaya a la pregunta 93**

☐₃ No sé

☐₄ No deseo responder

92b. Si contestó “Sí”, describa qué adaptaciones normalmente necesita o quiere su niño: *(por favor, utilice letra de molde)*

Sexo, identidad de género y orientación sexual

93. ¿Cuál es el sexo de su niño?

- ☐₁ Mujer
- ☐₂ Hombre
- ☐₃ Intersexual
- ☐₄ No está incluido, el sexo de mi niño es:
(por favor, utilice letra de molde)

- _____
- ☐₅ No sé
 - ☐₆ No deseo responder

Si su niño tiene menos de 5 años → **Vaya a la pregunta 100.**

94. Su niño actualmente es: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐_A Un niño
- ☐_B Una niña
- ☐_C Tanto un niño como una niña
- ☐_D Ni un niño ni una niña
- ☐_E Otro: (por favor especifique)

- _____
- ☐_F Cambia con el tiempo
 - ☐_G No sé
 - ☐_H No sabe cuál es la pregunta que se le hace
 - ☐_I No deseo responder

Si su niño tiene menos de 14 años → **Vaya a la pregunta 100.**

95. Por favor, describa el género de su niño de la forma que prefiera: (por favor, utilice letra de molde)

96. ¿Cuál es el género de su niño? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- ☐_A Niña o mujer
- ☐_B Niño u hombre
- ☐_C No binario
- ☐_D Agénero/sin género
- ☐_E Bigénero
- ☐_F Demihombre
- ☐_G Demimujer
- ☐_H Género fluido
- ☐_I Genderqueer
- ☐_J Se lo está planteando/explorando
- ☐_K No está incluido, el género de mi niño es: (por favor, utilice letra de molde)

- _____
- ☐_L La identidad de género de niño no está en la lista y es específica de mi etnia: (por favor, utilice letra de molde)

- _____
- ☐_M No sé
 - ☐_N No sabe cuál es la pregunta que se le hace
 - ☐_O No deseo responder

97. ¿Es su niño una persona transgénero?

- ☐₁ Sí
- ☐₂ No
- ☐₃ Se lo está planteando/explorando
- ☐₄ No sé
- ☐₅ No sabe cuál es la pregunta que se le hace
- ☐₆ No deseo responder

98. Por favor, describa la orientación o identidad sexuales de su niño de la forma que prefiera: *(por favor, utilice letra de molde)*

99. ¿Cuál es la orientación sexual de su niño? *(Seleccione todas las opciones que correspondan).*

- ☐_A Amante del mismo género
- ☐_B Lesbiana
- ☐_C Homosexual
- ☐_D Bisexual
- ☐_E Straight or heterosexual
- ☐_F Espectro asexual
- ☐_G Queer
- ☐_H Pansexual
- ☐_I Se lo está planteando/explorando
- ☐_J No está incluida, la orientación sexual de mi niño es: *(por favor, utilice letra de molde)*

-
- ☐_K No sé
 - ☐_L No sabe cuál es la pregunta que se le hace
 - ☐_M No deseo responder

100. ¿Cuál es su sexo?

- ☐₁ Mujer
- ☐₂ Hombre
- ☐₃ Intersexual
- ☐₄ No está incluido, mi sexo es: *(por favor, utilice letra de molde)*

-
- ☐₅ No sé
 - ☐₆ No deseo responder

101. Por favor, describa su género de la forma que prefiera: *(por favor, utilice letra de molde)*

102. ¿Cuál es su género? *(Seleccione todas las opciones que correspondan).*

- ☐_A Niña o mujer
- ☐_B Niño u hombre
- ☐_C No binario
- ☐_D Agénero/sin género
- ☐_E Bigénero
- ☐_F Demihombre
- ☐_G Demimujer
- ☐_H Género fluido
- ☐_I Genderqueer
- ☐_J Se lo está planteando/explorando
- ☐_K No está incluido, mi género es: *(por favor, utilice letra de molde)*

-
- ☐_L Tengo una identidad de género que no está incluida aquí y que es específica de mi etnia: *(por favor, utilice letra de molde)*

-
- ☐_M No sé
 - ☐_N No sabe cuál es la pregunta que se le hace
 - ☐_O No deseo responder

Raza y etnia

103. ¿Cómo identifica usted la raza, etnia, origen tribal, país de origen o ascendencia de su niño? *(por favor, utilice letra de molde)*

104. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o étnica de su niño? Seleccione **todas** las opciones que correspondan **y escriba detalles adicionales en los espacios a continuación.**

A. Indígena estadounidense y nativo/a de Alaska - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{A01} Nativo de Alaska ☐_{A03} Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (*primeras naciones*)
☐_{A02} Indígena estadounidense ☐_{A04} Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Escriba detalles, por ejemplo, inuit o haida, Tribus Confederadas de Indios Siletz, navajos, aztecas, mayas, etc.

B. Asiático - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{B01} Afgano ☐_{B05} Comunidades de Myanmar ☐_{B09} Japonés ☐_{B13} Del sur de Asia
☐_{B02} Indio asiático ☐_{B06} Filipino/a ☐_{B10} Coreano ☐_{B14} Taiwanés
☐_{B03} Camboyano/jemer ☐_{B07} Hmong ☐_{B11} Loasiano ☐_{B15} Tailandés
☐_{B04} Chino ☐_{B08} Indonesio ☐_{B12} Pakistaní ☐_{B16} Vietnamita

Escriba detalles, por ejemplo, mongol, malayo, uzbeko, etc. _____

C. Negro y afroestadounidense - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{C01} Afroestadounidense ☐_{C03} Etíope ☐_{C05} Jamaicano ☐_{C07} Somalí
☐_{C02} Afrocaribeño ☐_{C04} Haitiano ☐_{C06} Nigeriano

Escriba detalles, por ejemplo, trinitense, ghanés, congoleño, etc. _____

D. Hispano/a y latino/a/x - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{D01} Afro-Latino/a/x/e ☐_{D03} Cubano ☐_{D05} Guatemalteco ☐_{D07} Puertorriqueño ☐_{D09} Sudamericano
☐_{D02} Centroamericano ☐_{D04} Dominicano ☐_{D06} Mexicano ☐_{D08} Salvadoreño

Escriba detalles, por ejemplo, colombiano, hondureño, español, etc. _____

E. Judío - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{E01} Askenazí ☐_{E02} Sefardí

Escriba detalles, por ejemplo, mizrají, etc. _____

F. Medio Oriente/Norte de África/Asia del Suroeste y África del Norte (SWANA) - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{F01} Egipcio ☐_{F03} Iraní ☐_{F05} Libanés ☐_{F07} Sirio
☐_{F02} Iraquí ☐_{F04} Israelí ☐_{F06} Palestino ☐_{F08} Turco

Escriba detalles, por ejemplo, marroquí, yemení, kurdo, etc. _____

G. Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{G01} Chamoru (chamorro) ☐_{G03} Fiyiano ☐_{G05} Nativo de Hawái ☐_{G07} Tongano
☐_{G02} Comunidades de la región de Micronesia ☐_{G04} Marshalés ☐_{G06} Samoano

Escriba detalles, por ejemplo, chuukés, palauano, tahitiano, etc. _____

H. Blanco - Proporcione detalles a continuación.

- ☐_{H01} Inglés ☐_{H03} Irlandés ☐_{H05} Polaco ☐_{H07} Ruso ☐_{H09} Eslavo
☐_{H02} Alemán ☐_{H04} Italiano ☐_{H06} Rumano ☐_{H08} Escocés ☐_{H10} Ucraniano

Escriba detalles, por ejemplo, francés, sueco, noruego, etc. _____

I. Categorías adicionales

- ☐_{I01} Otra categoría no incluida (*por favor especifique*) _____
☐_{I02} No sé ☐_{I03} No deseo responder

105. Si marcó más de una categoría en la pregunta 104, ¿hay **alguna** que considere como la identidad racial o étnica principal de su niño?

- | | |
|--|---|
| ☐ ₁ Sí → Encierre con un círculo la identidad racial o étnica principal de su niño arriba en la pregunta 104. | ☐ ₃ No. Mi niño se identifica como biracial o multiracial. |
| ☐ ₂ Mi niño no tiene solamente una identidad racial o étnica principal. | ☐ ₄ No corresponde. Solo marqué una categoría para la pregunta 104. |
| | ☐ ₅ No sé |
| | ☐ ₆ No deseo responder |

Gracias

Por favor devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado a:

Center for the Study of Services
PO Box 3416
Hopkins, MN 55343

Por favor no incluya cualquier otra correspondencia.