



Parent Interview  
Spanish Version  
Fall 2000

ID number: _____ Child name: _____ Birth date: _____
--

Date: \_\_\_\_\_

Interviewer: \_\_\_\_\_

**Westat**

SC1. WILL THE INTERVIEW BE COMPLETED IN WHOLE OR IN PART WITH AN INTERPRETER?

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

IF YES: HAVE INTERPRETER SIGN CONFIDENTIALITY FORM BEFORE INTERVIEW

SC2. WHAT LANGUAGE WILL BE USED? \_\_\_\_\_

### INTRODUCCION

Gracias por acceder a hablar conmigo. El propósito de este estudio es conocer más acerca de las familias del Programa de Head Start y cómo Head Start proporciona diferentes tipos de servicios a los niños y a sus familias. También queremos saber más acerca del programa al que asiste su niño(a). Quiero hablar con usted para que podamos comprender Head Start desde el punto de vista de los padres. La información de este estudio será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a sus familias.

Estamos realizando estas encuestas en el otoño, al principio del año del programa de Head Start, y estaremos hablando con usted nuevamente en la primavera, y al final del año. La entrevista durará 60 minutos más o menos.

Le haré preguntas y anotaré sus respuestas. Me puede pedir que pare en cualquier momento, y usted puede volver a una pregunta anterior para cambiar sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Nadie del Programa Head Start verá u oirá sus respuestas. Todos los resultados del estudio serán reportados por grupos de padres; ningún resultado será analizado o reportado para personas individuales. Su participación es completamente voluntaria. Si usted decide no completar esta entrevista, esto no afectará la participación suya o de su niño en los programas Head Start. Las cosas que usted me cuente son muy importantes, así es que por favor sea lo más preciso(a) posible. Ocasionalmente, es posible que tenga que hacerle preguntas que no le correspondan a usted. Si sucede esto, simplemente dígamelo y seguiré con la siguiente pregunta.

Antes que empecemos, permítame leerle lo siguiente:

AVISO: De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda una recolección de información a menos que ésta exhiba un Número de Control OMB válido. El Número de Control OMB válido para esta recolección de información es 0970-0151 (expira 7/2003). El tiempo necesario para completar esta recolección de información está calculado en un promedio de 60 minutos para responderla, incluyendo tiempo para revisar las instrucciones, investigar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la información recolectada.

¿Desea hacer alguna pregunta antes que empecemos?

## S. ELIGIBILITY

Primero, necesito verificar la información que ya tenemos acerca de usted y de [CHILD].

SC3. ¿Es [CHILD] el nombre correcto de su (niño/niña)?

(CHECK SPELLING)

SI ..... 1 (GO TO SC5)  
NO ..... 2

SC4. ¿Cuál es el nombre correcto de su niño(a)?

Nombre: \_\_\_\_\_

SC5. Queremos entrevistar a la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]. ¿Es usted esa persona?

SI ..... 1 (GO TO SC7)  
NO ..... 2

SC6. ¿Quién es la persona mayormente responsable por el cuidado de [CHILD]?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

TERMINATE INTERVIEW

SC7. ¿Cuál es su parentesco o relación con [CHILD]?

MADRE BIO/ADOPTIVA .....	01	(GO TO A1)
PADRE BIO/ADOPTIVO .....	02	(GO TO A1)
MADRASTRA .....	03	(GO TO A1)
PADRASTRO .....	04	(GO TO A1)
ABUELA .....	05	
ABUELO .....	06	
BISABUELA .....	07	
BISABUELO .....	08	
HERMANA/HERMANASTRA .....	09	
HERMANO/HERMANASTRO .....	10	
OTRA PARIENTE O PARIENTE POLÍTICA .....	11	
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLÍTICO .....	12	
MADRE DE CRIANZA ("FOSTER") .....	13	
PADRE DE CRIANZA ("FOSTER") .....	14	
OTRA QUE NO ES PARIENTE .....	15	
OTRO QUE NO ES PARIENTE .....	16	
COMPAÑERA DEL PADRE .....	17	
COMPAÑERO DE LA MADRE .....	18	

SC8. ¿Es usted (el/la) tutor(a) legal de [CHILD]?

SI .....	1	(GO TO A1)
NO .....	2	

SC9. ¿Quién es (el/la) tutor(a) legal de [CHILD]?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

TERMINATE INTERVIEW

**A. ABOUT YOUR CHILD AND FAMILY**

A1. ¿[CHILD] es un niño o una niña?

NIÑO..... 1  
 NIÑA..... 2

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/19\_\_\_\_\_  
 MES DIA AÑO

A3. ¿Es [CHILD] de origen español, hispano, o latino?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO A5)

A4. ¿Cuál de estos grupos describe mejor a [CHILD]...

Mexicano, mexicanamericano,  
 chicano, ..... 1  
 Puertorriqueño, ..... 2  
 Cubano, o ..... 3  
 Otro grupo español/hispano/latino? ..... 4

A5. ¿Cuál es la raza de [CHILD]?

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA..... 01  
 b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA ..... 02  
 c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
 (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 03  
 d. INDOASIATICA..... 04  
 e. CHINA..... 05  
 f. FILIPINA ..... 06  
 g. JAPONESA..... 07  
 h. COREANA ..... 08  
 i. VIETNAMITA ..... 09  
 j. OTRA ASIATICA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 10  
 k. NATIVA DE HAWAI ..... 11  
 l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12  
 m. SAMOANA..... 13  
 n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 14  
 o. OTRA RAZA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 15

A6. ¿En qué país nació [CHILD]?

USA ..... 1 (GO TO A8)  
Other  
(SPECIFY COUNTRY) \_\_\_\_\_ 2

A7. ¿Cuántos años ha vivido [CHILD] en Estados Unidos?

\_\_\_\_\_  
AÑOS

A8. ¿Cuándo empezó [CHILD] Head Start?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

A9. ¿Cómo se enteró usted y [CHILD] la primera vez acerca de este programa de Head Start?

(CIRCLE ONLY ONE ANSWER.)

FAMILIA/AMIGO ..... 01  
REFERIDO DE OTRA AGENCIA ..... 02  
DE PALABRA .. 03  
HEAD START VINO A VISITAR  
NUESTRO HOGAR ..... 04  
NIÑOS QUE ESTABAN ANTES  
EN HEAD START ..... 05  
VOLANTE/CORREO ..... 06  
OTRO  
(POR FAVOR ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_ 07

A10. ¿Asistió usted mismo(a) a Head Start?

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

A11. ¿Ha tenido algunos otros niños que hayan asistido a Head Start, o tiene algunos otros niños que asisten ahora a Head Start?

(CIRCLE ALL THAT APPLY.)

a. OTROS NIÑOS QUE ASISTIERON A HEAD START..... 1  
b. OTROS NIÑOS QUE ASISTEN AHORA A HEAD START ... 2  
c. NINGUNO ..... 3

A12. ¿Participó [CHILD] en “Early Head Start”?

PROBE: (“Early Head Start” es un programa diseñado para proporcionar servicios para mejorar el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta la edad de tres años.)

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO B1)

A13. ¿Por cuánto tiempo?

|\_|  
AÑOS

|\_|\_|\_|  
MESES

**B. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD**

Ahora tengo algunas preguntas acerca de usted y de [CHILD] en el hogar.

B1. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le ha *leído* a [CHILD] la *semana* pasada? ¿Diría usted...

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- Nunca, ..... 1
- Una o dos veces, ..... 2
- Tres o más veces, o.. ..... 3
- Todos los días? ..... 4

B2. ¿Por cuánto rato disfruta [CHILD] que le lean de una sentada?

PROBE: ¿Más o menos cuántos minutos?

|-----|-----|-----|  
MINUTOS



B3. La *semana pasada*, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

(READ EACH ITEM BELOW)

La *semana pasada*, ¿usted o alguien de la familia...

	SI	NO
a. Le contó un cuento a (él/ella)? .....	1	2
b. Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)? .....	1	2
c. Le enseñó canciones o música a (él/ella)? .....	1	2
d. Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)? .....	1	2
e. Jugó con juguetes o juegos dentro de la casa? .....	1	2
f. Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos? .....	1	2
g. Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tales como ir al correo, el banco, o la tienda? .....	1	2
h. Lo(a) involucró a (él/ella) en quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas o animalitos de la casa? .....	1	2
i. Le habló acerca de lo que pasó en Head Start? .....	1	2
j. Le habló acerca de programas de la televisión o videos? .....	1	2
k. Jugó juegos de contar tales como cantar canciones con números o leer libros con números? .....	1	2

B4. **IF YES:**

¿Cuántas veces ha hecho esto usted *la semana pasada*? ¿Diría que una o dos veces, o tres o más veces?

	Una o dos Veces	Tres o más
a.	1	2
b.	1	2
c.	1	2
d.	1	2
e.	1	2
f.	1	2
g.	1	2
h.	1	2
i.	1	2
j.	1	2
k.	1	2

B5. El mes pasado, es decir desde [(MONTH)/(DAY)], ¿alguien de su familia ha hecho las siguientes cosas con [CHILD]?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. ¿Visitado una biblioteca?.....	1	2
b. ¿Ido al cine? .....	1	2
c. ¿Ido a ver una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo? .....	1	2
d. ¿Ido a un centro comercial? .....	1	2
e. ¿Visitado una galería de arte, museo, o lugar histórico? .....	1	2
f. ¿Visitado un parque de entretenimiento, parque, o ido a una excursión?.....	1	2
g. ¿Visitado un zoológico o acuario?.....	1	2
h. ¿Hablado con [CHILD] acerca de su historia de familia o herencia étnica?.....	1	2
i. ¿Asistido a un evento auspiciado por un grupo de la comunidad, étnico o religioso? .....	1	2
j. ¿Asistido a un evento atlético o deportivo en el que [CHILD] no era jugador? .....	1	2
k. ¿Asistido a una actividad en la iglesia o escuela parroquial? .....	1	2

B6. ¿Qué de lo siguiente tiene usted en el hogar?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Libros de historietas cómicas .....	1	2
b. Revistas para niños .....	1	2
c. Revistas para adultos, tales como "Newsweek" o "People" o "Sports Illustrated" .....	1	2
d. Periódicos .....	1	2
e. Catálogos.....	1	2
f. Libros religiosos tales como la biblia o libros de oración.....	1	2
g. Diccionarios o enciclopedias .....	1	2
h. Otros libros tales como novelas o biografías o libros que no sean de ficción.....	1	2

### C. DISABILITIES

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

C1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud o de educación que [CHILD] tiene algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO D1)

C2. ¿Aguien del personal de Head Start le sugirió que pida una opinión profesional?

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

C3. ¿Cómo describió el médico u otro profesional de salud o de educación las necesidades de [CHILD]?  
¿Tiene [CHILD]...

(ASK EACH ITEM)

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. Una incapacidad específica de aprendizaje? .....	1	2
b. Retraso mental?.....	1	2
c. Una incapacidad del habla? .....	1	2
d. Una incapacidad del lenguaje?.....	1	2
e. Una perturbación emocional/de comportamiento seria? .....	1	2
f. Sordera? .....	1	2
g. Otra incapacidad de la audición? .....	1	2
h. Ceguera .....	1	2
i. Otra incapacidad visual? .....	1	2
j. Una incapacidad ortopédica .....	1	2
k. Otra incapacidad de salud de seis meses o más de duración .....	1	2
l. Autismo .....	1	2
m. Lesión traumática del cerebro .....	1	2
n. Retraso/No categórico del desarrollo .....	1	2
o. Otro (POR FAVOR ESPECIFIQUE)_____	1	2

C4. La(s) incapacidad(es) de [CHILD] afectan su capacidad de aprendizaje?

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

C5. ¿Tiene [CHILD] un "IEP", un Programa o Plan de Educación Individualizada?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO D1)

C6. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el desarrollo de un Programa de Educación Individualizada o Plan ("IEP") o un Plan de Servicio Individual para la Familia ("IFSP") para [CHILD]?

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

C7. ¿Fue desarrollado este plan con el personal de Head Start, o con alguna otra persona o agencia?

HEAD START ..... 1  
NO HEAD START ..... 2

C8. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con este servicio? ¿Diría que está...

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

## D. YOUR CHILD'S ACCOMPLISHMENTS

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

D1. ¿Puede [CHILD] reconocer...

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

D2. ¿Hasta cuánto puede contar [CHILD]? ¿Diría usted que...

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

D3. ¿Puede [CHILD] abotonarse la ropa?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

D4. ¿Toma [CHILD] un lápiz apropiadamente?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

D5. ¿Con qué frecuencia a [CHILD] le gusta escribir o simular que escribe? ¿Diría...

- Nunca, ..... 1 (GO TO D8)
- Lo ha hecho una o dos veces, ..... 2
- Algunas veces, o ..... 3
- Frecuentemente? ..... 4

D6. ¿Escribe y dibuja mayormente [CHILD] en lugar de hacer garabatos?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

D7. ¿Puede escribir [CHILD] su nombre, aún si algunas letras están al revés?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

- D8. ¿Tropieza, da un traspié, o se cae fácilmente [CHILD]?
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D9. Cuando [CHILD] habla, ¿lo(a) entiende un extraño?
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D10. ¿Empezó [CHILD] a hablar más tarde que otros niños que usted conoce?  
(REFERS TO PRIMARY LANGUAGE)
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D11. ¿Tartamudea o balbucea [CHILD]?
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D12. ¿Mira [CHILD] alguna vez un libro con dibujos y simula leer?
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D13. ¿Reconoce [CHILD] su propio nombre escrito o impreso?
- SI ..... 1  
NO ..... 2
- D14. ¿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

## E. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

E1. En general, pensando acerca de [CHILD] ahora o a través de los meses pasados, dígame qué tan bien describen las siguientes aseveraciones el comportamiento *usual* de [CHILD]: Para cada una, dígame si esto es *muy verdadero* o *frecuentemente verdadero*, *algunas veces* o *algo verdadero*, o *no es verdadero*.

	Muy Verdadero o Frecuente- mente <u>Verdadero</u>	Algunas veces Verdadero o Algo <u>Verdadero</u>	No es <u>Verdadero</u>
a. ¿Hace amigos fácilmente? .....	1	2	3
b. ¿Disfruta aprendiendo? .....	1	2	3
c. ¿Le dan rabietas o se enoja fácilmente?.....	1	2	3
d. ¿No se puede concentrar, no puede prestar atención por mucho rato? .....	1	2	3
e. ¿Es muy inquieto y se mueve mucho?.....	1	2	3
f. ¿Le gusta intentar cosas nuevas?.....	1	2	3
g. ¿Muestra imaginación en el trabajo y el juego? .....	1	2	3
h. ¿Se siente infeliz, triste, o deprimido?.....	1	2	3
i. ¿Reconforta o ayuda a otros? .....	1	2	3
j. ¿Le pega o pelea con otros? .....	1	2	3
k. ¿Se preocupa acerca de cosas por largo tiempo? .....	1	2	3
l. ¿Acepta las ideas de los amigos cuando juega y comparte? .....	1	2	3
m. ¿No se lleva bien con otros niños?.....	1	2	3
n. ¿Le gusta oír que (él/ella) lo está haciendo bien? .....	1	2	3
o. ¿Se siente que no vale nada o inferior?.....	1	2	3
p. ¿Tiene dificultad haciendo cambios de una actividad a otra?.....	1	2	3
q. ¿Es nervioso(a), muy sensible, tenso(a)? .....	1	2	3
r. ¿Actúa muy infantil para su edad? .....	1	2	3
s. ¿Es desobediente en el hogar?.....	1	2	3

## F. HOUSEHOLD RULES

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

F1. En su hogar, ¿hay reglas o rutinas acerca de ...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NA</u>
a. Qué programas de televisión puede ver [CHILD]?.....	1	2	3
b. Cuántas horas puede ver televisión [CHILD]? .....	1	2	3
c. Qué tipo de comidas come [CHILD]? .....	1	2	3
d. A qué hora se va a la cama [CHILD]? .....	1	2	3
e. Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]? .....	1	2	3

F2. 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?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO F4)

F3. ¿Más o menos cuántas veces en la semana pasada?

|\_|\_| CANTIDAD DE VECES

F4. ¿Le ha dicho que deje de hacer lo que estaba haciendo y lo ha mandado como castigo a [CHILD] a su dormitorio la semana pasada por no portarse bien?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO F6)

F5. ¿Cuántas veces más o menos la semana pasada?

|\_|\_| CANTIDAD DE VECES



F6. Aquí hay algunas declaraciones que los padres de niños pequeños dicen acerca de ellos mismos. Le voy a leer las declaraciones, después de cada una por favor dígame si esto es *exactamente parecido a usted*, *muy parecido a usted*, *algo parecido a usted*, *no muy parecido a usted*, o *nada parecido a usted*.

(USE RESPONSE CARD)

	Exactamente parecido a usted	Muy parecido a usted	Algo parecido a usted	No muy parecido a usted	Nada parecido a usted
a. Yo controlo a mi niño(a) advirtiéndole acerca de las malas cosas que le pueden suceder a (él/ella) .....	1	2	3	4	5
b. Hay veces que simplemente no tengo energías para hacer que mi niño(a) se comporte como (él/ella) debería .....	1	2	3	4	5
c. Mi niño(a) y yo tenemos momentos íntimos cálidos juntos(as) .....	1	2	3	4	5
d. Yo enseño a mi niño(a) que portarse mal o no seguir las reglas establecidas será siempre castigado de una manera u otra .....	1	2	3	4	5
e. Yo estimo a mi niño(a) para que sea curioso(a), que explore y que pregunte cosas .....	1	2	3	4	5
f. Yo no le permito a mi niño(a) que se enoje conmigo.....	1	2	3	4	5
g. Yo soy fácil de tratar y relajado(a) con mi niño(a) .....	1	2	3	4	5
h. Yo creo que a un niño se le debe mirar y no escuchar.....	1	2	3	4	5
i. Yo me aseguro que mi niño(a) sepa que yo aprecio lo que (él/ella) trata de realizar .....	1	2	3	4	5
j. Yo no tengo ningún o muy poco problema para seguir mis reglas para mi niño(a) aún cuando hay parientes cercanos presente (incluyendo abuelos).....	1	2	3	4	5
k. Yo estimo a mi niño(a) para que sea independiente de mí .....	1	2	3	4	5
l. Una vez que yo decido cómo tratar un mal comportamiento de mi niño(a), lo sigo completamente .....	1	2	3	4	5
m. Yo creo que el castigo físico es la mejor manera de disciplinar.....	1	2	3	4	5

**G. YOU AND YOUR FAMILY**

BOX G-1a

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

- [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE MOTHER ..... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)
- NOT [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE MOTHER ..... 2 (ASK QUESTIONS ABOUT MOTHER)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de (usted/la madre de [CHILD]).

G1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (usted/ella)?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/19\_\_\_\_\_  
MES      DIA      AÑO

G2. ¿Qué edad tenía (usted/ella) cuando dio a luz por primera vez?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
AÑOS DE EDAD

G3. ¿Es (usted/ella) de origen español, hispano, o latino?

- SI ..... 1
- NO ..... 2 (GO TO G5)

G4. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a (usted/ella)...

- Mexicano, mexicanamericano,  
chicano, ..... 1
- Puertorriqueño, ..... 2
- Cubano, u ..... 3
- Otro grupo español/hispano/latino? ..... 4

G5. ¿Cuál es (su raza/la raza de ella)?

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

- a. BLANCA..... 01
- b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA ..... 02
- c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
(SPECIFY) \_\_\_\_\_ 03
- d. INDOASIATICA..... 04
- e. CHINA..... 05
- f. FILIPINA ..... 06
- g. JAPONESA..... 07
- h. COREANA ..... 08
- i. VIETNAMITA ..... 09
- j. OTRA ASIATICA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 10
- k. NATIVA DE HAWAI ..... 11
- l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12
- m. SAMOANA..... 13
- n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 14
- o. OTRA RAZA (SPECIFY)\_\_\_\_\_ 15

G6. ¿En qué país nació (usted/ella)?

- USA ..... 1 (GO TO BOX G-7a)
- OTHER  
(SPECIFY COUNTRY) \_\_\_\_\_ 2

G7. ¿Cuántos años ha estado viviendo (usted/ella) en Estados Unidos?

|\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
AÑOS

BOX G-7a

IF R IS BIO/ADOPTIVE MOTHER,  
CHECK THIS BOX ....  AND GO TO G14

G8. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

- MADRE EN EL HOGAR..... 1 (GO TO G14)
- MADRE NO ESTA EN EL HOGAR ..... 2
- MADRE FALLECIDA..... 3 (GO TO G15)

G9. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

G10. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

|\_|\_|\_| CANTIDAD DE DIAS

G11. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

[CHILD] NEVER HAD CONTACT ..... 00  
DON'T KNOW ..... 98

OR

a. CANTIDAD:

|\_|\_|\_|

b. UNIDAD

DIAS ..... 1  
SEMANAS ..... 2  
MESES ..... 3  
AÑOS ..... 4

G12. En los 12 meses pasados, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

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

G13. En los 12 meses pasados, ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

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

G14. ¿Cuál es el estado civil actual de (usted/ella)?

CASADA ..... 1  
SEPARADA ..... 2  
DIVORCIADA ..... 3  
VIUDA ..... 4  
NUNCA CASADA ..... 5

G15. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (usted/ella) completó?

(CIRCLE ONE RESPONSE.)

- HASTA 8º GRADO ..... 01
- 9º A 11º GRADO..... 02
- 12º 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

IF CHILD'S MOTHER DECEASED OR NOT IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX...   
AND GO TO BOX G-25a

G16. En los 12 meses pasados, ¿ha tomado (usted/ella) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

- SI ..... 1
- NO ..... 2 (GO TO G20)

G17. ¿Cuál es la razón *principal* para tomar los programas, cursos, clases, o talleres?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- PARA MEJORAR LAS DESTREZAS BASICAS DE LECTURA,  
ESCRITURA, O MATEMATICAS ..... 01
- PARA AYUDAR A APRENDER A MI(S) NIÑO(S) ..... 02
- PARA AUMENTAR MI CONFIANZA EN MI MISMA ..... 03
- PARA OBTENER UN DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/  
SECUNDARIA) O GED..... 04
- PARA MEJORAR LAS DESTREZAS EN EL TRABAJO O  
CONOCIMIENTOS ..... 05
- PARA CONSEGUIR UN AUMENTO O PROMOCION EN  
EL TRABAJO ..... 06
- PARA CONSEGUIR UN TRABAJO O UN MEJOR TRABAJO ..... 07
- PARA CUMPLIR UN REQUISITO PARA RECIBIR AYUDA  
PUBLICA..... 08
- PARA OBTENER UN TITULO O CERTIFICADO ..... 09

G18. ¿Estaba (usted/ella) estudiando para obtener un título o certificado?

PROBE: ¿Qué tipo de (título/certificado)?

- LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL ..... 01
- GRADO ASOCIADO..... 02
- DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO (“CDA”) ..... 03
- GRADO UNIVERSITARIO ..... 04
- POSTGRADO..... 05
- OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 06
- NO..... 07

G19. ¿Le ayudó Head Start a (usted/ella) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (usted/ella) tomó en los 12 meses pasados?

- SI ..... 1 (GO TO G22)
- NO ..... 2 (GO TO G22)

G20. ¿Estuvo interesada (usted/ella) en tomar algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal en los 12 meses pasados?

- SI ..... 1
- NO ..... 2 (GO TO G22)

G21. Los adultos algunas veces encuentran difícil tomar parte en actividades educacionales, aún si ellos quieren hacerlo. ¿Cuál fue la razón principal que le impidió a (usted/ella) tomar programas, cursos, clases, o talleres?

- REQUISITOS/CALIFICACIONES DE ADMISION ..... 01
- MUY MAYOR PARA TOMAR CUALQUIER CURSO ..... 02
- PROBLEMA DE SALUD/INCAPACIDAD ..... 03
- NO LE GUSTA ESTUDIAR ..... 04
- FALTA DE CONFIANZA..... 05
- NO TIENE INFORMACION ACERCA DE LO QUE OFRECEN.... 06
- FALTA DE CUIDADO PARA NIÑOS..... 07
- CONSTRICCIONES DE TIEMPO (HOGAR O TRABAJO) ..... 08
- COSTO ..... 09
- LOCALIZACION INCONVENIENTE/FALTA DE  
DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTACION ..... 10

G22. ¿Está (usted/ella) actualmente trabajando de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o haciendo alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- |  |    |                      |
|--|----|----------------------|
| TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS O MAS POR SEMANA)..... | 01 | } GO TO<br>BOX G-25a |
| 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 |                      |
| ATENDIENDO LA CASA.....  | 08 |                      |
| ALGUNA OTRA COSA ( <i>PLEASE SPECIFY</i> ).....                | 09 |                      |

G23. ¿Para quien ha trabajado (usted/ella) en los 12 meses pasados?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

NOMBRE DE LA COMPAÑIA \_\_\_\_\_

TIPO DE NEGOCIO \_\_\_\_\_

G24 ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (usted/ella) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

TIPO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

OBLIGACION IMPORTANTE \_\_\_\_\_

G25.

<i>To be coded by home office only</i>	
OCCUPATION CODE: (        )	
Executive, Administrative, and Managerial Occupations .....	01
Engineers, Surveyors, and Architects .....	02
Natural Scientists and Mathematicians .....	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers .....	04
Teachers.....	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners.....	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician's Assistants.....	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes.....	08
Health Technologists and Technicians.....	09
Technologists and Technicians, except Health.....	10
Marketing and Sales Occupation .....	11
Administrative Support Occupation, including Clerical .....	12
Service Occupations.....	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations .....	14
Mechanics and Repairers.....	15
Construction and Extractive Occupations .....	16
Precision Production Occupations .....	17
Production Working Occupations .....	18
Transportation and Materials Moving Occupations.....	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers.....	20
Miscellaneous Occupations.....	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS.....	22
REFUSED .....	97
DON'T KNOW .....	98



BOX G-25a

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER .....    | 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)      |
| NOT [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER..... | 2 (ASK QUESTIONS ABOUT FATHER) |

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca (del padre de [CHILD]/usted).

G26. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (él/usted)?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/19\_\_\_\_\_  
 MES      DIA      AÑO

G27. ¿Es (él/usted) de origen español, hispano, o latino?

- |          |               |
|----------|---------------|
| SI ..... | 1             |
| NO ..... | 2 (GO TO G29) |

G28. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a (él/usted)...

- |   |   |
|---|---|
| Mexicano, mexicanamericano,<br>chicano, ..... | 1 |
| Puertorriqueño, .....                         | 2 |
| Cubano, u .....                               | 3 |
| Otro grupo español/hispano/latino? .....      | 4 |

G29. ¿Cuál es (la raza de él/su raza)?

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

- |  |    |
|--|----|
| a. BLANCA.....   | 01 |
| b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA.....                    | 02 |
| c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA<br>(SPECIFY) _____ | 03 |
| d. INDOASIATICA.....                                     | 04 |
| e. CHINA.....  | 05 |
| f. FILIPINA .....  | 06 |
| g. JAPONESA.....   | 07 |
| h. COREANA .....   | 08 |
| i. VIETNAMITA .....                                      | 09 |
| j. OTRA ASIATICA (SPECIFY) _____                         | 10 |
| k. NATIVA DE HAWAI .....                                 | 11 |
| l. GUAMANIANA O CHAMORRA.....                            | 12 |
| m. SAMOANA .....   | 13 |
| n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (SPECIFY) _____        | 14 |
| o. OTRA RAZA (SPECIFY) _____                             | 15 |

G30. ¿En qué país nació (él/usted)?

- USA ..... 1 (GO TO BOX G-31a)
- Other (Please specify country) ..... 2

G31. ¿Cuántos años ha vivido (él/usted) en Estados Unidos?

|\_|\_|\_|  
AÑOS

BOX G-31a  
IF R IS FATHER, CHECK THIS BOX .....  AND GO TO G40.

G32. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

- PADRE EN EL HOGAR..... 1 (GO TO G40)
- PADRE NO ESTA EN EL HOGAR..... 2
- PADRE FALLECIDO ..... 3 (GO TO G39)

G33. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

G34. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

|\_|\_|\_| CANTIDAD DE DIAS

G35. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

- [CHILD] NEVER HAD CONTACT ..... 00
- DON'T KNOW ..... 98

OR

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| a. CANTIDAD:<br><br> _ _ _ | b. UNIDAD<br>DIAS ..... 1<br>SEMANAS..... 2<br>MESES..... 3<br>AÑOS ..... 4 |
|----------------------------|---|

G36. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

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

G37. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) algún otro tipo de ayuda financiera para [CHILD] del padre de (él/ella)?

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

G38. ¿Cuánto desea usted que se involucre el padre de (CHILD) en la crianza de (CHILD)? ¿Diría...

Mucho, ..... 1  
Un poco, ..... 2  
No mucho, o ..... 3  
Nada? ..... 4

G39. ¿Hay alguna persona que sea como un padre para [CHILD]?

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

BOX G-39a

REFER TO G32: IF FATHER DECEASED,  
CHECK THIS BOX .....  AND GO TO G41.  
OTHERWISE, GO TO G40.

G40. ¿Cuál es estado civil actual (del padre de [CHILD]/de usted)?

CASADO..... 1  
SEPARADO..... 2  
DIVORCIADO ..... 3  
VIUDO ..... 4  
NUNCA CASADO..... 5  
REFUSED..... 7  
DON'T KNOW ..... 8

G41 ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (el padre de [CHILD]/usted) completó?

(CIRCLE ONE RESPONSE.)

- HASTA 8º GRADO ..... 01
- 9º A 11º GRADO..... 02
- 12º 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
- REFUSED..... 97

BOX G-41a

REFER TO G32: IF CHILD'S FATHER DECEASED  
OR NOT IN HOUSEHOLD, CHECK THIS BOX .....   
AND SKIP TO BOX G-51a.

G42. En los 12 meses pasados, ¿ha tomado (él/usted) algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal? Algunos ejemplos incluyen clases universitarias o certificados de programas, clases de computación, cursos de adiestramiento en el trabajo, clases básicas de lectura o matemáticas, clases de alfabetización para la familia, o clases de preparación para el GED.

- SI ..... 1
- NO ..... 2 (GO TO G46)

G43. ¿Cuál es la razón *principal* para tomar los programas, cursos, clases, o talleres?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- PARA MEJORAR LAS DESTREZAS BASICAS DE LECTURA,  
ESCRITURA, O MATEMATICAS ..... 01
- PARA AYUDAR A APRENDER A MI(S) NIÑO(S) ..... 02
- PARA AUMENTAR MI CONFIANZA EN MI MISMA..... 03
- PARA OBTENER UN DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/  
SECUNDARIA) O GED ..... 04
- PARA MEJORAR LAS DESTREZAS EN EL TRABAJO O  
CONOCIMIENTOS ..... 05
- PARA CONSEGUIR UN AUMENTO O PROMOCION EN  
EL TRABAJO..... 06
- PARA CONSEGUIR UN TRABAJO O UN MEJOR TRABAJO..... 07
- PARA CUMPLIR UN REQUISITO PARA RECIBIR AYUDA  
PUBLICA ..... 08
- PARA OBTENER UN TITULO O CERTIFICADO ..... 09

G44. ¿Estaba (él/usted) estudiando para obtener un título o certificado?

PROBE: ¿Qué tipo de (título/certificado)?

LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL .....	01
GRADO ASOCIADO.....	02
DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO ("CDA") .....	03
GRADO UNIVERSITARIO .....	04
POSTGRADO.....	05
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	06
NO.....	07

G45. ¿Le ayudó Head Start a (él/usted) a tomar o localizar los programas, cursos, clases, o talleres que (él/usted) tomó en los 12 meses pasados?

SI .....	1 (GO TO G48)
NO .....	2 (GO TO G48)

G46. ¿Estuvo interesado (él/usted) en tomar algunos programas, cursos, clases, o talleres por razones relacionadas con el trabajo o por interés personal en los 12 meses pasados?

SI .....	1
NO .....	2 (GO TO G48)

G47. Los adultos algunas veces encuentran difícil tomar parte en actividades educativas, aún si ellos quieren hacerlo. ¿Cuál fue la razón principal que le impidió a (él/usted) tomar programas, cursos, clases, o talleres?

REQUISITOS/CALIFICACIONES DE ADMISION .....	01
MUY MAYOR PARA TOMAR CUALQUIER CURSO .....	02
PROBLEMA DE SALUD/INCAPACIDAD .....	03
NO LE GUSTA ESTUDIAR .....	04
FALTA DE CONFIANZA.....	05
NO TIENE INFORMACION ACERCA DE LO QUE OFRECEN....	06
FALTA DE CUIDADO PARA NIÑOS.....	07
CONSTRICCIONES DE TIEMPO (HOGAR O TRABAJO) .....	08
COSTO .....	09
LOCALIZACION INCONVENIENTE/FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTACION .....	10

G48. ¿Está (él/usted) trabajando actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o alguna otra cosa?

(CIRCLE ONE RESPONSE)

- |  |    |   |                    |
|--|----|---|--------------------|
| TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (35 HORAS<br>O MAS POR SEMANA) ..... | 01 | } | GO TO<br>BOX G-51a |
| 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 |   |                    |
| ATENDIENDO LA CASA.....  | 08 |   |                    |
| ALGUNA OTRA COSA ( <i>PLEASE SPECIFY</i> ).....                    | 09 |   |                    |

G49. ¿Para quien ha trabajado (él/usted) en los 12 meses pasados?

[IF MORE THAN ONE JOB, ASK ABOUT JOB WHERE MOST HOURS ARE WORKED.]

NOMBRE DE LA COMPAÑIA \_\_\_\_\_

TIPO DE NEGOCIO \_\_\_\_\_

G50. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo (él/usted) y cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes?

TIPO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

OBLIGACION IMPORTANTE \_\_\_\_\_

G51.

<i>To be coded by home office only</i>	
OCCUPATION CODE: (            )	
Executive, Administrative, and Managerial Occupations .....	01
Engineers, Surveyors, and Architects .....	02
Natural Scientists and Mathematicians .....	03
Social Scientists, Social Workers, Religious Workers, and Lawyers .....	04
Teachers.....	05
Health Diagnosing and Treating Practitioners.....	06
Registered Nurses, Pharmacists, Dieticians, Therapists, and Physician's Assistants.....	07
Writers, Artists, Entertainers, and Athletes.....	08
Health Technologists and Technicians.....	09
Technologists and Technicians, except Health.....	10
Marketing and Sales Occupation .....	11
Administrative Support Occupation, including Clerical .....	12
Service Occupations.....	13
Agricultural, Forestry, and Fishing Occupations .....	14
Mechanics and Repairers.....	15
Construction and Extractive Occupations .....	16
Precision Production Occupations .....	17
Production Working Occupations .....	18
Transportation and Materials Moving Occupations.....	19
Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers.....	20
Miscellaneous Occupations.....	21
NEVER WORKED/HOMEMAKERS .....	22
REFUSED .....	97
DON'T KNOW .....	98

BOX G-51a

IF RESPONDENT IS CHILD'S **MOTHER OR FATHER**,  
CHECK THIS BOX .....  AND GO TO G57.  
OTHERWISE, GO TO G52.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de usted.

G52. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/19\_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

G53. ¿Es usted de origen español, hispano, o latino?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO G55)

G54. ¿Cuál de estos grupos le describe mejor a usted?

Mexicano, mexicanoamericano,  
Chicano, ..... 1  
Puertorriqueño, ..... 2  
Cubano, o ..... 3  
Otro grupo español/hispano/latino? ..... 4

G55. ¿Cuál es su raza?

(CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

a. BLANCA..... 01  
b. NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA ..... 02  
c. INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
(SPECIFY) \_\_\_\_\_ 03  
d. INDOASIÁTICA..... 04  
e. CHINA..... 05  
f. FILIPINA ..... 06  
g. JAPONESA..... 07  
h. COREANA ..... 08  
i. VIETNAMITA ..... 09  
j. OTRA ASIÁTICA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 10  
k. NATIVA DE HAWAI ..... 11  
l. GUAMANIANA O CHAMORRA..... 12  
m. SAMOANA ..... 13  
n. OTRA DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 14  
o. OTRA RAZA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 15



G56. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted completó?

(CIRCLE ONE RESPONSE.)

UP TO 8TH GRADE .....	01
9TH TO 11TH GRADE .....	02
12TH GRADE BUT NO DIPLOMA .....	03
HIGH SCHOOL DIPLOMA/EQUIVALENT .....	04
VOC/TECH PROGRAM AFTER HIGH SCHOOL BUT NO VOC/TECH DIPLOMA .....	05
VOC/TECH DIPLOMA AFTER HIGH SCHOOL.....	06
SOME COLLEGE BUT NO DEGREE .....	07
ASSOCIATE'S DEGREE.....	08
BACHELOR'S DEGREE .....	09
GRADUATE OR PROFESSIONAL SCHOOL BUT NO DEGREE.....	10
MASTER'S DEGREE (MA, MS).....	11
DOCTORATE DEGREE (PHD, EDD).....	12
PROFESSIONAL DEGREE AFTER BACHELOR'S DEGREE (MEDICINE/MD; DENTISTRY/DDS; LAW/JD/LLB; ETC.).....	13

G57. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos de 18 años de edad o mayores viven en este hogar?

|\_|\_| CANTIDAD DE ADULTOS

G58. Incluyendo a [CHILD], ¿cuántos niños y niñas de 17 años de edad y menores viven en en este hogar?

|\_|\_| CANTIDAD DE NIÑOS

G59. Por favor dígame el nombre de cada persona de su hogar.

PROBE: ¿Hay alguna otra persona en su hogar?

G57a. Nombre	G59b. ¿Cuál es la relación o parentesco de [NAME] con [CHILD]?  (SEE CODES BELOW)	G59c. ¿Qué edad tiene [NAME]?	G59d. ¿Asistió esta persona alguna vez a Head Start?	G59e. (ASK FOR CHILDREN UNDER 5 ONLY) ¿Asistió alguna vez este(a) niño(a) a Early Head Start?
a. [CHILD]			(CIRCLE ONE)	(CIRCLE ONE)
b. RESPONDENT				
c.			Y - N	Y - N
d.			Y - N	Y - N
e.			Y - N	Y - N
f.			Y - N	Y - N
g.			Y - N	Y - N
h.			Y - N	Y - N
i.			Y - N	Y - N
j.			Y - N	Y - N
k.			Y - N	Y - N
l.			Y - N	Y - N
m.			Y - N	Y - N
n.			Y - N	Y - N
o.			Y - N	Y - N

RELATIONSHIP CODES:	
01=Bio/Adoptive Mother	11=Other relative or in-law (female)
02=Bio/Adoptive Father	12=Other relative or in-law (male)
03=Stepmother	13=Foster parent (female)
04=Stepfather	14=Foster parent (male)
05=Grandmother	15=Other non-relative (female)
06=Grandfather	16=Other non-relative (male)
07=Great grandmother	17=Parent's partner (female)
08=Great grandfather	18=Parent's partner (male)
09=Sister/Stepsister	97=Refused
10=Brother/Stepbrother	98=Don't know/Didn't Respond

G60. ¿Se habla algún otro idioma distinto al inglés en su hogar?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO H1)

G61. ¿Cuáles son esos idiomas?  
 (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. FRANCES..... 01
- b. ESPAÑOL..... 02
- c. CAMBODIANO (KHMER)..... 03
- d. CHINO ..... 04
- e. CREOLE HAITIANO ..... 05
- f. HMONG ..... 06
- g. JAPONES ..... 07
- h. COREANO..... 08
- i. VIETNAMES ..... 09
- j. ARABE..... 10
- k. OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 11

G62. ¿Qué idioma se le habla más frecuentemente a [CHILD] en el hogar?

- FRANCES..... 01
- ESPAÑOL..... 02
- CAMBODIANO (KHMER)..... 03
- CHINO ..... 04
- CREOLE HAITIANO ..... 05
- HMONG ..... 06
- JAPONES ..... 07
- COREANO..... 08
- VIETNAMES ..... 09
- ARABE..... 10
- OTRO  
 (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 11
- INGLES..... 12 (GO TO H1)

G63. ¿Hay alguien de Head Start disponible para hablar con usted o su familia en [LANGUAGE from G62]?

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

G64. ¿Necesita o desea [CHILD] alguna vez que un miembro del personal de enseñanza de Head Start hable en [LANGUAGE from G62]?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO H1)

G65. ¿Hay alguien disponible en el salón de clases de Head Start para que le hable en [LANGUAGE from G62] a [CHILD]?

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

**H. INCOME AND HOUSING**

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

H1. ¿Está cubierto [CHILD] por un seguro de salud distinto a Medicaid a través de (su trabajo) o del trabajo de otro adulto que esté empleado?

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

H2. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda en los últimos seis meses?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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
h. Ayuda para pagar la energía .....	1	2

BOX H-2a

IF H2 a, c, OR d WERE ANSWERED YES, CHECK THIS BOX....

THEN ASK H3.

OTHERWISE, GO TO H4.

H3. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les ha requerido que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted o a alguna otra persona del hogar que...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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? (ESPECIFIQUE) _____	1	2

H4. ¿Cuál fue [su ingreso total/el ingreso total (combinado) de (usted y de su esposo/esposa)] el año calendario pasado -- es decir, 1999 – incluyendo salarios y otras ganancias, intereses, retiro, y así sucesivamente?

INGRESO TOTAL (COMBINADO)..... \$ \_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_ \_\_ (GO TO H6)

O

REFUSED..... 97 (GO TO H6)  
 DON'T KNOW ..... 99 (GO TO H5)

H5. ¿Fue éste...

\$25.000 o menos, o..... 1 (READ SET 1)  
 Más de \$25.000?..... 2 (READ SET 2)

H5a. [SET 1] ¿Fue éste...

\$5.000 o menos,..... 01  
 \$5.000 a \$10.000,..... 02  
 \$10.001 a \$15.000,..... 03  
 \$15.001 a \$20.000, o..... 04  
 \$20.001 a \$25.000?..... 05

H5b. [SET 2] ¿Fue éste...

\$25.001 a \$30.000,..... 06  
 \$30.001 a \$35.000,..... 07  
 \$35.001 a \$40.000,..... 08  
 \$40.001 a \$50.000,..... 09  
 \$50.001 a \$75.000, o..... 10  
 Más de \$75.000?..... 11

H6. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

|\_|\_| CANTIDAD DE ADULTOS

H7. Ahora, incluyendo a *todas las personas* de su hogar, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar el último **mes** antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

INGRESO DEL HOGAR..... \$ \_\_, \_\_\_\_ (GO TO H9)  
**(CANTIDAD AL MES)**

O

REFUSED..... 97 (GO TO H9)  
 DON'T KNOW ..... 98 (GO TO H8)

H8. ¿Diría usted que éste 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 \$2.500? ..... 07  
 REFUSED..... 97  
 DON'T KNOW ..... 98

H9. Las siguientes preguntas son acerca de vivienda. ¿Vive usted ahora en ...

Una casa, un departamento, o una casa móvil con su familia solamente, ..... 1  
 Una casa, un departamento, o una casa móvil que comparte con otra familia, ..... 2  
 Vivienda de transición (departamento) o un refugio para personas sin hogar, o ..... 3  
 Algún otro lugar? (POR FAVOR ESPECIFIQUE) ..... 4

---

H10. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos doce meses?

|\_\_\_\_|  
 VECES

H11. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga renta, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

ES DUEÑO(A) O ESTÁ COMPRANDO CASA O APARTAMENTO ..... 1  
 RENTA (SIN AYUDA PÚBLICA) ..... 2  
 VIVIENDA PÚBLICA O SUBSIDIADA..... 3  
 ALGÚN OTRO ARREGLO ..... 4

## I. CHILD CARE

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cualquier arreglo para cuidado del niño, distinto a Head Start, que usted pueda estar usando para [CHILD]. Esto no incluye niñeras usadas por actividades sociales tales como salir en la tarde.

11. Pensemos en los años *antes* que [CHILD] fuera matriculado(a) en Head Start. Durante ese tiempo, ¿lo(a) cuidó a (él/ella) en forma regular (10 horas a la semana o más) alguien que no fuera usted (o el otro padre de [CHILD])?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO 15)

12. ¿Qué edad en meses tenía [CHILD] cuando (él/ella) empezó por primera vez en un arreglo de cuidado al niño por 10 horas o más a la semana?

|\_|\_|\_|\_|\_|  
MESES DE EDAD

13. Pensando acerca de todos los arreglos de cuidado al niño en que [CHILD] estuvo antes de ser matriculado(a) en Head Start,

- (a) ¿Dónde y por quién fue proporcionado ese cuidado?  
(b) ¿Qué arreglo usó más frecuentemente?

	<u>CIRCLE ALL THAT APPLY</u>	<u>CIRCLE THE <u>ONE</u> USED MOST</u>
	(a)	(b)
a. EN EL HOGAR DE [CHILD] POR UN PARIENTE .....	01	01
b. EN EL HOGAR DE [CHILD] POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE .....	02	02
c. EN EL HOGAR DE UN PARIENTE .....	03	03
d. EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO.....	04	04
e. HOGAR DE CUIDADO DIURNO FAMILIAR .....	05	05
f. OTRO CENTRO DE CUIDADO AL NIÑO/ PROGRAMA DE DESARROLLO PARA EL NIÑO ....	06	06
g. EARLY HEAD START.....	07	07
h. OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	08	08

14. Antes de estar matriculado en Head Start, ¿en cuántos arreglos de cuidado al niño diferentes pasó [CHILD] 10 o más horas a la semana?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
ARREGLOS

15. Ahora hablemos acerca de los arreglos de cuidado al niño que usted usa para [CHILD] **justamente ahora**. Cuidado al niño no incluye el tiempo en las clases de Head Start, pero puede incluir cuidado al niño separado en el centro Head Start antes o después de clases. Esto no incluye niñeras usadas por actividades sociales tales como salir en la tarde.

¿Está [CHILD] en cuidado al niño antes o después de Head Start?

ANTES..... 1  
 DESPUES ..... 2  
 AMBOS..... 3  
 NO ESTA EN CUIDADO ..... 2 (GO TO I11)

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
ARREGLOS

17. ¿Dónde se proporciona ese cuidado?

IF MORE THAN ONE, PROBE: Piense acerca del cual pasa la mayor parte del tiempo.

EN EL HOGAR DE [CHILD] POR UN PARIENTE ..... 01  
 EN EL HOGAR DE [CHILD] POR ALGUIEN QUE NO  
 ES PARIENTE ..... 02  
 EN EL HOGAR DE UN PARIENTE..... 03  
 EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO ..... 04  
 HOGAR DE CUIDAO DIURNO FAMILIAR..... 05  
 OTRO CENTRO DE CUIDADO AL NIÑO/PROGRAMA  
 DE DESARROLLO PARA EL NIÑO ..... 06  
 EN HEAD START (SIN INCLUIR LAS HORAS EN CLASES) ..... 07  
 OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 08

18. ¿Cuántas horas a la semana se usa este cuidado?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
HORAS A LA SEMANA



19. ¿Quién paga por este cuidado al niño...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a. ¿Paga usted mismo(a)? .....	1	2
b. ¿Paga una agencia de gobierno?.....	1	2
c. ¿Paga un empleador? .....	1	2
d. ¿Paga alguna otra persona? .....	1	2
e. ¿Intercambia cuidado al niño con alguna persona?.....	1	2
f. ¿Es gratis o sin cobro? .....	1	2
g. Otro (Por favor especifique)_____	1	2

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

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Frecuentemente</u>	<u>Siempre</u>
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 proveedor de cuidado de [CHILD] está abierto a la información nueva y al aprendizaje ..	1	2	3	4

111. ¿Ha vivido [CHILD] alguna vez aparte de usted (o madre) sin incluir vacaciones (o arreglos de custodia compartida)?

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

**J. FAMILY HEALTH CARE**

J1. Ahora le voy a preguntar acerca de las necesidades de cuidado de salud de su familia. En general, ¿diría que la salud de [CHILD] es...

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

J2. ¿Tiene [CHILD] una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

J3. ¿Cuánto pesaba [CHILD] cuando nació?

    |\_|\_| LIBRAS    |\_|\_| ONZAS

J4. ¿Diría que la salud de usted en general es...

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

J5. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide a usted trabajar en un trabajo o negocio?

- SI ..... 1 (GO TO J7)
- NO. .... 2

J6. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

- SI ..... 1
- NO. .... 2

J7. Alguien en su hogar, que no sea [CHILD], ¿tiene una enfermedad o afección que requiera cuidado regular continuo?

- SI ..... 1
- NO. .... 2

J8. ¿Fuma usted tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

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

J9. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que fume tabaco tal como cigarrillos o (cigarros/puros)?

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

J10. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia, si alguna, tomó usted bebidas alcohólicas, incluyendo cerveza, vino o licor? ¿Diría...

Menos de una vez a la semana, ..... 1  
1 ó 2 días a la semana, ..... 2  
3 ó 4 días a la semana, ..... 3  
5 ó 6 días a la semana, ..... 4  
Todos los días, o ..... 5  
Nunca? ..... 6 (SKIP TO J12)

J11. En los días que usted tomó bebidas alcohólicas (incluyendo cerveza, vino, y licor) en los últimos 30 días, ¿cuántos tragos tomó usualmente?

TRAGOS AL DIA

J12. ¿Hay (alguien/alguna otra persona) en su hogar que tome alcohol?

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

J13. ¿Hay alguien en su hogar que use drogas?

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

BOX J-13a

IF J10 – J13 ALL “NO”, CHECK THIS BOX.... AND SKIP TO NEXT SECTION.  
OTHERWISE, ASK J14. ONLY ASK ABOUT SUBSTANCES THAT  
WERE MENTIONED IN PREVIOUS QUESTIONS.

J14. Ahora, quisiera que pensara acerca de los problemas que usted o alguien en su hogar puede haber tenido en los últimos doce meses cuando usaba (alcohol, drogas/alcohol y drogas).

(USE RESPONSE CARD)

ASK ONLY ABOUT SUBSTANCES THAT WERE MENTIONED  
AS BEING USED IN PREVIOUS QUESTIONS.

Desde que [CHILD] nació,	Nunca	Una o dos veces	Tres o cuatro veces	Cinco o seis veces	Más de seis veces	NA/ DON'T USE
a. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar ha tenido problemas con familiares o amigos (incluyendo un(a) esposo/esposa/compañero(a)) debido al uso de...						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar ha tenido problemas con la policía debido al uso de...						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Cuántas veces usted o alguien de su hogar faltó al trabajo o a la escuela o tuvo que avisar que estaba enfermo(a) debido al uso de...						
1. alcohol?	1	2	3	4	5	6
2. drogas?	1	2	3	4	5	6

**K. HOME AND NEIGHBORHOOD CHARACTERISTICS**

Las siguientes preguntas son acerca de situaciones que pueden ser difíciles para las familias. Le voy a preguntar acerca de cosas que le pueden haber sucedido a usted o a otros en su hogar durante el año pasado. Por favor recuerde, todas sus respuestas son mantenidas en la más estricta confidencialidad. No le diremos a nadie lo que usted diga, incluyendo a Head Start.

K1. Para cada uno de los siguientes puntos, por favor dígame qué tan frecuentemente le sucedió a usted cada uno durante el año pasado. (READ ITEM) ¿Diría que *nunca*, *una vez*, o *más de una vez*?

	<u>Nunca</u>	<u>Una vez</u>	<u>Más de una vez</u>
a. Yo vi que ocurrían crímenes no violentos en mi vecindario – por ejemplo, venta de drogas o robo .....	1	2	3
b. Escuché o vi que ocurría un crimen violento en mi barrio .....	1	2	3
c. Conozco a alguien que fue víctima de un crimen violento en mi barrio.....	1	2	3
d. Yo fui víctima de un crimen violento en mi barrio.....	1	2	3
e. Yo fui víctima de un crimen violento en mi hogar.....	1	2	3

K2. ¿Alguna vez a usted alguien lo(a) ha golpeado, pateado o dado puñetes o lastimado de alguna otra manera durante el año pasado?

- SI ..... 1
- NO ..... 2 (SKIP TO K4)

K3. ¿Cuál era el parentesco o la relación de esa persona con usted?

\_\_\_\_\_

K4. ¿Se siente seguro(a) en su relación actual?

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NO TIENE RELACION ACTUAL..... 3

K5. ¿Hay algún(a) compañero(a) de una relación anterior que le haga sentir inseguro(a) ahora?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

K6. El año pasado, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen violento?

- SI ..... 1
- NO ..... 2

K7. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de violencia doméstica?

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

K8. El año pasado, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen violento?

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

K9. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de violencia doméstica?

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

K10. Desde que [CHILD] nació, ¿ha sido usted, otro miembro del hogar, (o el padre o la madre de [CHILD]) arrestado(a) o acusado(a) de un crimen por la policía?

SI ..... 1  
NO ..... 2 (GO TO L1)  
REFUSED ..... 97 (GO TO L1)

K11. ¿Cuál era el parentesco o la relación de esa persona con usted?

\_\_\_\_\_

K12. ¿Pasó (él/ella/ellos(as)) algún tiempo en la cárcel?

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

## L. SOCIAL SUPPORT

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

Por favor dígame qué tanta ayuda le han prestado durante los meses pasados cada una de las siguientes personas o grupos en términos de criar a (CHILD).

¿Qué tanta ayuda le ha prestado [ ]? ¿Diría...	<u>No mucha ayuda</u>	<u>Alguna ayuda, o</u>	<u>Mucha ayuda?</u>	<u>NOT APPLICABLE</u>
a. El padre de [CHILD] .....	1	2	3	4
b. La madre de [CHILD].....	1	2	3	4
c. Su actual esposo(a) o compañero(a) .....	1	2	3	4
d. Los abuelos de [CHILD].....	1	2	3	4
e. Otros parientes .....	1	2	3	4
f. Sus amigos .....	1	2	3	4
g. Compañeros de trabajo .....	1	2	3	4
h. Profesionales proveedores de ayuda tal como consejeros o trabajadoras social.....	1	2	3	4
i. Personal de Head Start .....	1	2	3	4
j. Otros padres que ha conocido a Través de Head Start.....	1	2	3	4
k. Otros proveedores de cuidado al niño.....	1	2	3	4
l. Miembros de un grupo religioso o social.....	1	2	3	4
m. ¿Hay alguien más que haya prestado ayuda? (Por favor especifique) _____	1	2	3	4

**M. YOUR FEELINGS**

M1. 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.

(CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

	Total- mente en Desa- cuerdo	En Desa- cuerdo	De Acuerdo	Total- mente 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

M2. 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.*

(CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH ITEM.)

	Rara- mente 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, no tenía 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. Tenía problema para mantener la mente en lo que estaba haciendo.....	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. Solitario(a).....	1	2	3	4
k. Triste.....	1	2	3	4
l. Usted no podía "continuar".....	1	2	3	4



## N. READING TASK

En este estudio, estamos tratando de averiguar acerca de las verdaderas destrezas de lectura que tienen los padres de los niños en Head Start. Así es que ahora le voy a mostrar algunos signos y palabras en el caballete (SET UP EASEL) y hacerle algunas preguntas acerca de éstos. Esta parte de la entrevista deberá tomar 7 u 8 minutos solamente.

Habrà varios tipos de preguntas diferentes. Algunas de éstas empiezan bastante fácil pero después se hacen bastante difíciles. Todas las personas tienen dificultad con algunas de las preguntas, así es que no se preocupe si éso pasa, simplemente haga lo mejor que pueda.

¿Listo?

PROBE: Este ejercicio no mide todas las destrezas en lectura, solamente ciertas destrezas.

DISCONTINUE RULE: FOUR CONSECUTIVE ITEMS SCORED 0

COMPLETE AFTER INTERVIEW IS CONCLUDED.

**P: CONFIDENCE RATINGS**

P1. Interview Completion Code:

- Respondent terminated interview prematurely ..... 1
- Respondent refused interview .. 2
- Respondent unable to respond (PLEASE SPECIFY). ..... 3

---

- Interview completed ..... 4

P2. Please rate the following qualities of the respondent, the interviewing situation, and the data.  
The Respondent (was/had):

a. Able to understand questions easily	7	6	5	4	3	2	1	Hardly able to understand
b. Truthful	7	6	5	4	3	2	1	Untruthful
c. Accurate	7	6	5	4	3	2	1	Inaccurate
d. Interested in the interview	7	6	5	4	3	2	1	Not interested in the interview
e. Cooperative	7	6	5	4	3	2	1	Uncooperative
f. No Spanish language problem	7	6	5	4	3	2	1	Spoke Spanish with great difficulty
g. Interviewed without interruptions	7	6	5	4	3	2	1	Interrupted often
h. Your opinion about the overall quality of the data:								
High	7	6	5	4	3	2	1	Low